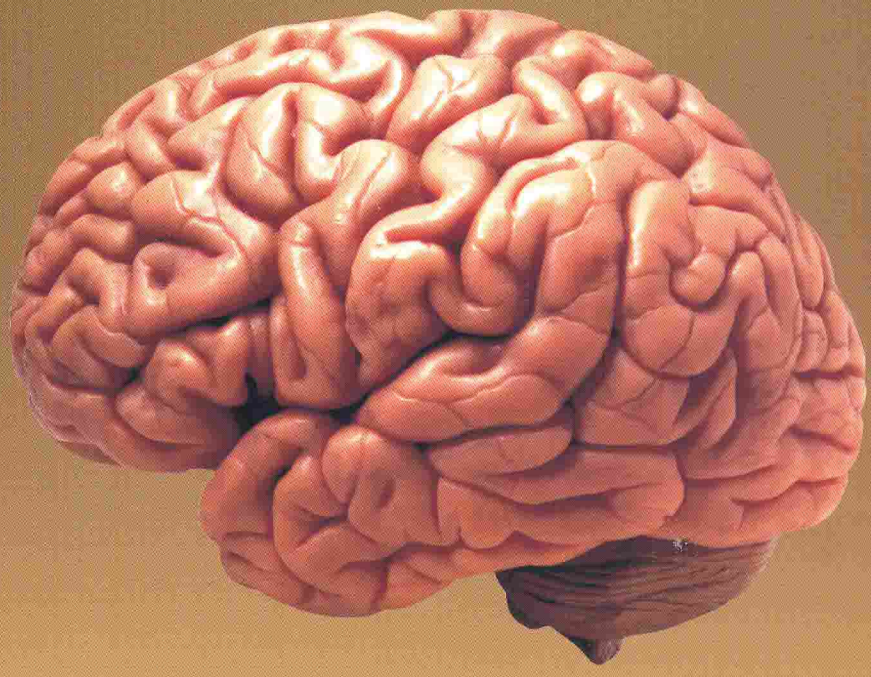
CAMELIA POPA, ADELA MAGDALENA CIOBANU
(Coordonatori)

TULBURAREA DEPRESIVĂ

I

Noi direcții de cercetare



EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE

TULBURAREA DEPRESIVĂ

VOL. I

NOI DIRECȚII DE CERCETARE

Domnului Profesor Romila,

Cu deosebită recunoștință

și admirație

24.03.2014

Cobeanț

CAMELIA POPA, ADELA MAGDALENA CIOBANU
(Coord.)

TULBURAREA DEPRESIVĂ

VOL. I

NOI DIRECȚII DE CERCETARE

EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE
BUCUREȘTI, 2013

Copyright © Editura Academiei Române, 2013.
Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate editurii.

EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE
Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5
050 711, București, România
Tel.: 4021-318 81 06, 4021-318 81 46
Fax: 4021-318 24 44
E-mail: edacad@ear.ro
Adresa web: www.ear.ro

Referenți: Acad. Alexandru SURDU
Prof. univ. dr. Cătălina TUDOSE

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
POPA, CAMELIA
Tulburarea depresivă / Camelia Popa, Adela Magdalena Ciobanu. – București : Editura Academiei Române, 2013-
vol.
ISBN 978-973-27-2400-2
Vol. 1. : Noi direcții de cercetare. – 2013. – ISBN 978-973-27-2378-4

I. Ciobanu, Adela Magdalena

616.895.4

Redactor: Alis ALEXĂ
Tehnoredactor: Daniela FLORESCU
Coperta: Mariana ȘERBĂNESCU

Bun de tipar: 20.01.2014; Format: 16/70×100
Coli de tipar: 14,5
C.Z. pentru biblioteci mari: 616.89–008.454
C.Z. pentru biblioteci mici: 616

SUMAR

Introducere 7

Capitolul 1. Camelia Popa, Georgeta Preda, Adela Magdalena Ciobanu, *Depresia – tulburarea mintală a secolului XXI* 11

Capitolul 2. Valentin Dinu, *Cauze și modele explicative ale depresiei* 19

Capitolul 3. Adela Magdalena Ciobanu, *Rolul factorilor psihosociali în depresie* 27

Capitolul 4. Andra Bolohan, *Perspectiva biopsihosocială asupra depresiei* 38

Capitolul 5. Adela Magdalena Ciobanu, *Markeri biologici în tulburarea depresivă* 47

Capitolul 6. Camelia Popa, *Harta europeană a suicidului* 53

Capitolul 7. Viorel Robu, *Evaluarea riscului suicidar în populația de adolescenți: proprietăți psihometrice ale versiunii în limba română a scalei Osman* 61

Capitolul 8. Camelia Popa, *Crizele economice și epidemiile suicidare* 73

Capitolul 9. Adela Magdalena Ciobanu, *Indicatori ai riscului suicidar* 80

Capitolul 10. Bogdan Ionescu, *Aspecte ale depresiei reactive în cazul mobbingului* 86

Capitolul 11. Adela Magdalena Ciobanu, Camelia Popa, *Influența depresiei clinice asupra morbidității și mortalității în oncologie* 96

Capitolul 12. Ioana Omer, Gabriela-Florența Popescu, *Comunicarea dintre terapeut și pacienții cu afecțiuni oncologice, depresivi* 106

Capitolul 13. Viorel Robu, *Screeningul depresiei în rândul vârstnicilor. Studiu comunitar* 113

Capitolul 14. Camelia Popa, *Tulburarea depresivă la copii și adolescenți* 122

Capitolul 15. Camelia Popa, Adela Magdalena Ciobanu, *Tulburări afective la personalitatea borderline* 137

Capitolul 16. Doina Ștefana Săucan, Mihai Ioan Micle, *Depresia, tulburare comună a deținuților* 148

Capitolul 17. Camelia Popa, Adela Magdalena Ciobanu, *Utilizarea excesivă a noilor tehnologii și depresia* 159

Capitolul 18. Valentin Dinu, *Depresia – abordare psihoterapeutică integrativă* ... 173

Capitolul 19. Georgeta Preda, *Psihoterapia anxietății, la pacienții cu depresie medie* ... 204

Capitolul 20. Maria-Silvia Trandafir, *Terapia de familie în abordarea tulburărilor depresive* ... 213

Capitolul 21. Maria-Silvia Trandafir, *Dinamica relațională în familiile cu un pacient depresiv* ... 223

INTRODUCERE

Cartea *Tulburarea depresivă, vol. I. Noi direcții de cercetare* reunește o serie de studii valoroase, bazate pe informații științifice noi, cu aplicabilitate în domeniul diagnosticării și tratării tulburării depresive. Lucrarea este coordonată de către dr. în psihologie Camelia Popa, cercetător științific în cadrul Institutului de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru" al Academiei Române, Departamentul de Psihologie și dr. în științe medicale Adela Magdalena Ciobanu, medic primar psihiatru la Spitalul „Prof. Dr. Al. Obregia", lector universitar la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila" din București.

Cartea, o apariție editorială importantă pentru comunitatea psihologilor și a psihiatrilor din România, este un prim volum dedicat marilor direcții de cercetare ale tulburării depresive, expunând șase problematici distincte: teoriile privind etiologia depresiei, pe care autorii le examinează în lumina cercetărilor majore de gen; factorii economici și ocupaționali ai depresiei; estimarea riscului suicidar; depresia asociată bolilor oncologice; depresia grupurilor de risc reprezentate de vârstnici și adolescenți; abordările psihoterapeutice uzuale ale tulburării depresive. În cel de-al doilea volum, *Tulburarea depresivă, vol. II. Cercetare fundamentală și terapii moderne*, vor fi abordate aspecte legate de cercetarea fundamentală, genetică și neuroștiințe din domeniul depresiei. De asemenea, ne propunem să prezentăm noile terapii bio-psihosociale, psiho-farmacologice ale depresiei, precum și serviciile de asistență socială existente pentru pacienții depresivi.

Capitolul 1, intitulat *Depresia, tulburarea mintală a sec. XXI,* atrage atenția asupra expansiunii depresiei în populația generală, prin coborârea vârstei de debut a acesteia și îmbătrânirea populației. Modelele teoretice complexe, care analizează fațetele depresiei (prin prisma factorilor biologici și a celor psihosociali implicați) și studiile clinice ample pe eșantioane variate de pacienți depresivi reprezintă expresii ale preocupării comunității științifice internaționale față de creșterea incidenței acestei tulburări.

Capitolul 2, *Cauze și modele explicative ale depresiei,* punctează faptul că depresia afectează toate grupele de vârstă și toate categoriile sociale, complicația ei majoră fiind suicidul. Sunt descrise simptomele și cauzele depresiei și sunt prezentate câteva dintre modelele explicative ale acestei tulburări.

Capitolul 3, *Perspectiva biopsihosocială asupra depresiei*, își propune să identifice factorii psihosociali care acționează în cazul pacientului depresiv, în calitate de stresori. Cunoașterea stresorilor cu cel mai mare potențial de declanșare a decompensărilor psihotice ajută clinicianul să se adreseze acestor chestiuni în mod suportiv.

Capitolul 4, *Perspectiva biopsihosocială asupra depresiei*, continuă demersul analitic prezentat în capitolele anterioare, insistând asupra modelului biopsihosocial

al depresiei, care demonstrează interacțiunea complexă a factorilor biologici, psihologici și sociali cu rol în declanșarea și întreținerea acestei tulburări.

Capitolul 5, *Markeri biologici în tulburarea depresivă*, atenționează asupra faptului că determinarea în laborator a markerilor potențiali pentru depresie ar putea fi utilă atât pentru a obține un diagnostic de precizie al acestei tulburări, cât și în vederea monitorizării, sub tratament, a evoluției bolii. Totodată, determinarea markerilor ar ajuta la o mai bună înțelegere a bazelor biologice ale depresiei.

Capitolul 6, *Harta europeană a suicidului*, arată că suicidul este folosit, indirect, ca indicator indirect al sănătății mintale a unui popor, deoarece el apare mai ales în depresia clinică și în alte forme de boli mintale, în perioadele de criză personală (divorțul, traume fizice), în alcoolism și în toxicomanie. Sinuciderea semnifică nu doar deteriorarea existenței individuale, ci și degradarea contextului socioeconomic în care funcționează oamenii. Capitolul prezintă ultimele date ale Eurostat cu privire la suicid.

Capitolul 7, *Evaluarea riscului suicidar în populația de adolescenți: Proprietăți psihometrice ale versiunii în limba română a scalei Osman*, prezintă o cercetare laborioasă privind traducerea, adaptarea pe populație românească și experimentarea scalei revizuite propuse de Osman și colaboratorii săi, în vederea obținerii unor informații precise de către psihologii clinicieni sau psihiatrii care consultă pacienți cu tulburări depresive și/sau istorie suicidară.

Capitolul 8, intitulat *Crizele economice și epidemiile suicidare*, investighează morbiditățile psihologice asociate nesiguranței locurilor de muncă, în contextul strategiilor de acțiune ale Uniunii Europene vizând sănătatea mintală a șomerilor.

Capitolul 9, *Indicatori ai riscului suicidar*, examinează în mod analitic factorii de risc pentru suicid, văzut ca „urgență psihiatrică": boala psihică; sexul masculin; starea de celibat; vârsta înaintată sau adolescența; județul de proveniență și naționalitatea; șomajul și excluderea socială, absența rețelei de suport social; istoricul personal de suicid al pacientului și al familiei sale de origine; tentativele recente de suicid; posesia unor arme letale care i-ar înlesni suicidul; parcurgerea unor situații puternic psihotraumatizante precum pierderea/moartea partenerului de viață, a părinților sau a copiilor; prezența unor boli somatice cu prognostic grav sau rezervat etc.

Capitolul 10, *Aspecte ale depresiei reactive în cazul mobbingului*, evidențiază rolul nociv al terorii la locul de muncă asupra sănătății mintale a angajaților. Acest stresor este considerat de către majoritatea specialiștilor ca fiind mult mai nociv decât toate sursele stresogene de la locul de muncă luate la un loc, dată fiind puternica sa legătură cu depresia reactivă.

Capitolul 11, *Influența depresiei clinice asupra morbidității și mortalității în oncologie*, centralizează rezultatele studiilor de oncopsihiatrie, care indică trei modalități prin care depresia reușește să înrăutățească prognosticul în tratarea cancerului, cu impact direct asupra ratei mortalității: slăbirea sistemului imunitar, refuzul respectării schemelor de tratament de către bolnav și scăderea calității vieții acestuia.

Capitolul 12, *Comunicarea dintre terapeut și pacienții cu afecțiuni oncologice, depresivi*, vizează optimizarea comunicării cu această categorie de pacienți aflată într-o stare de vulnerabilitate extremă. Cercetarea realizată relevă comportamentele și atitudinile deontologice ale terapeuților, manifestate prin acordarea de atenție și timp pacientului, interesul, solicitudinea și promptitudinea față de problemele lui, precum și comportamentele/atitudinile nedeontologice, neprofesionale, reflectate prin lipsa timpului și atenției acordate pacientului, agresivitate, interes material, carențe educaționale etc.

Capitolul 13, *Screeningul depresiei în rândul vârstnicilor. Studiu comunitar*, arată că în cazul persoanelor în etate manifestările psihopatologice cunosc un spectru larg. Două manifestări dintre cele care apar mai frecvent sunt depresia și demența de tip Alzheimer. Studiul realizat evidențiază că, adeseori, simptomele depresive pe care le experimentează un bătrân sunt rezultatul unui concurs de factori endogeni și exogeni (condiții materiale, boli acute sau cronice, pierderi ale unor persoane semnificative, anumite trăsături de personalitate, rețeaua de suport social, alte influențe externe).

Capitolul 14, *Tulburarea depresivă la copii și adolescenți*, inventariază predictorii depresiei majore la copii și adolescenți, în lumina celor mai recente studii în domeniu. Cunoscând toți acești predictori, clinicienii pot implementa strategii eficiente de prevenție a depresiei în rândul tinerilor.

Capitolul 15, *Tulburări afective la personalitatea borderline*, analizează psihopatologia afectivă (dezechilibrul emoțional) și distorsiunile cognitive care pot fi considerate răspunzătoare de răspunsurile maladaptive din tulburarea borderline. Depresia majoră, tentativele de suicid și comportamentele parasuicidare reprezintă complicații frecvente ale acestei tulburări. Tratamentul deținuților borderline în penitenciare poate fi justificat prin scăderea riscului de recidivă.

Capitolul 16, *Depresia, tulburare comună a deținuților*, examinează nesiguranța, stresul, depresia, supărarea, stima de sine scăzută și singurătatea resimțită în timpul detenției, punctând faptul că numeroși deținuți dezvoltă depresie.

Capitolul 17, *Utilizarea excesivă a noilor tehnologii și depresia*, arată că dependența de Internet (rețele de socializare, jocuri online, navigatul compulsiv pe site-urile web, utilizarea nesănătoasă a chat-urilor) și dependența de telefoanele mobile sunt considerate noi tulburări mintale ale vremurilor noastre. Deși statutul nosografic al acestora nu a fost încă acreditat și introdus în marile tratate de psihiatrie, cercetătorii susțin că noile comportamente adictive generează stres, depresie și anxietate.

Capitolul 18, *Depresia – abordare psihoterapeutică integrativă*, prezintă în detaliu abordarea psihoterapeutică integrativă a depresiei, utilizând un model propriu de evaluare a personalității, cu ajutorul „fațetelor" acesteia, și anume modelul octaedric.

Capitolul 19, *Psihoterapia anxietății, la pacienții cu depresie medie*, înfățișează două studii de caz complexe, din domeniul psihologiei clinice a anxietății, la pacienți diagnosticați cu această tulburare și întrunind un scor mediu de depresie, măsurat cu ajutorul Scalei Beck.

Capitolul 20, *Terapia de familie în abordarea tulburărilor depresive*, arată că, în cazul pacienților depresivi, un obiectiv principal al terapiei de familie este

îmbunătățirea comunicării membrilor familiei, în acest fel reducându-se simptomele depresiei. Având în vedere atât numărul mare de persoane afectate de depresie, cât şi impactul major pe care această afecțiune îl are asupra sănătății publice, este important ca pentru tulburarea depresivă să se identifice tratamente eficiente, la costuri accesibile. Cercetarea în domeniul terapiei de familie poate oferi un răspuns eficient acestor căutări.

Capitolul 21, *Dinamica relațională în familiile cu un pacient depresiv*, aprofundează subiectul cunoaşterii dinamicii interacțiunilor din familia pacientului depresiv, care oferă specialistului o viziune mai amplă asupra patologiei depresive şi posibilitatea intervenției prin terapie de familie, asociată cu tratamentul medicamentos.

Organizația Mondială a Sănătății consideră că, prin diagnosticarea şi tratarea depresiei, pot fi reduse semnificativ atât numărul deceselor evitabile, generate de suicid, cât şi costurile economice uriaşe, legate de scăderea productivității muncii, în cazul persoanelor deprimate. La rândul ei, Uniunea Europeană susține că tulburarea depresivă reprezintă o „provocare urgentă" de sănătate publică, în condițiile în care costurile sociale şi economice pe care le implică această boală reprezintă „o amenințare majoră la productivitatea Europei". Potrivit documentelor programatice ale UE, prevenirea depresiei ar trebui să înceapă încă din copilărie, prin construirea factorilor de reziliență precum însuşirea competențelor socio-emoționale şi a abilităților adaptative.

Privită prin lumina acestor politici urgente de sănătate publică, putem afirma că lucrarea *Tulburarea depresivă (I) – noi direcții de cercetare* oferă comunității practicienilor în psihologie şi psihiatrie o bogată bază teoretică şi metodologică, armonizată cu preocupările ştiințifice ale momentului şi racordată la cerințele Organizației Mondiale ale Sănătății şi ale Uniunii Europene.

Întrucât subiectul depresiei este unul deosebit de vast, autorii acestei cărți îşi propun continuarea cercetărilor pe tema celei mai importante tulburări mintale a secolului XXI, precum şi editarea unui nou volum dedicat depresiei, axat pe studii de caz, tratament farmacologic, abordări psihodiagnostice şi psihoterapeutice eficiente.

Capitolul 1

DEPRESIA – TULBURAREA MINTALĂ A SECOLULUI XXI

CAMELIA POPA*, GEORGETA PREDA,
ADELA MAGDALENA CIOBANU

Depresia este o tulburare intens studiată, dată fiind expansiunea sa în populația generală, prin coborârea vârstei de debut şi îmbătrânirea populației. Cercetătorii din întreaga lume elaborează modele teoretice complexe, care analizează fațetele depresiei (prin prisma factorilor biologici şi a celor psihosociali implicați) şi realizează studii clinice ample pe eşantioane variate de pacienți depresivi. Organizația Mondială a Sănătății (OMS, 2006) consideră că, prin diagnosticarea şi tratarea depresiei, pot fi reduse semnificativ atât numărul deceselor evitabile, generate de suicid, cât şi costurile economice uriaşe, legate de scăderea productivității muncii, în cazul persoanelor deprimate.

La rândul ei, Uniunea Europeană consideră că tulburarea depresivă reprezintă o „provocare urgentă" de sănătate publică, în condițiile în care costurile sociale şi economice pe care le implică reprezintă „o amenințare majoră la productivitatea Europei" (EU, 2011). Potrivit documentelor programatice ale UE, prevenirea depresiei ar trebui să înceapă încă din copilărie, prin construirea factorilor de reziliență precum însuşirea competențelor socio-emoționale şi a abilităților adaptative. Alte două direcții majore europene de acțiune sunt reprezentate de diminuarea factorilor de risc ai depresiei, în contextul crizei economice actuale şi de constituirea rețelei de suport social pentru persoanele cu această tulburare. Declararea depresiei ca problemă majoră de sănătate publică, în toate țările lumii, explică de ce studiile destinate acestei tulburări sunt din ce în ce mai numeroase şi mai diversificate.

DATE GENERALE

Depresia, supranumită şi tulburarea mintală a secolului XXI (din cauza frecvenței sale ridicate, semnalate de majoritatea studiilor epidemiologice) determină o deteriorare persistentă şi semnificativă clinic a activității individului, în domeniul social şi în cel profesional.

OMS estimează că această tulburare afectează circa 600 de milioane de persoane, prevalența pe sexe indicând un raport de 2 la 1 în favoarea femeilor.

* Institutul de Filosofie şi Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru", Departamentul de Psihologie, Calea 13 Septembrie nr. 13, sector 5, București; e-mail: Camelia.Popa@ipsihologie.ro.

Riscul mai mic de depresie este asociat, în cazul ambelor sexe, cu căsătoria şi cu concubinajul, precum şi cu poziţia socioeconomică bună (Van de Velde, 2010).

Tulburarea depresivă majoră poate apărea la orice vârstă, însă rata cea mai ridicată a debutului se situează între 20 şi 40 de ani (Marinescu *et al.*, 2008). Tabloul simptomatologic al tulburării, descris în marile tratate internaţionale (ICD 10, DSM IV-TR), include simptome precum: dispoziţia depresivă sau iritabilă, anhedonie (pierderea plăcerii), scăderea semnificativă în greutate sau câştigul ponderal, după caz, agitaţia/lentoarea psihomotorie, fatigabilitatea, sentimentele de inutilitate şi de culpabilitate, insomnia, diminuarea capacităţii de a gândi, ideaţia suicidară şi gândurile recurente de moarte.

În ceea ce priveşte etiopatogenia depresiei, cercetătorii sunt de acord cu faptul că această tulburare este un fenomen multidimensional, pluridеterminat (Areán, Reynolds III, 2005). La originea depresiei stau factori biologici (vulnerabilităţi neurobiochimice şi neurobiologice, dintre care cea mai importantă este disfuncţia sistemului serotoninic), intrapersonali (personalitatea premorbidă), interpersonali (statusul marital, suportul social) şi psihosociali (evenimentele de viaţă traumatizante, stresul).

Între stres şi depresie există, de pildă, o relaţie complexă, bidirecţională. Liu şi Alloy (2010) investighează această relaţie, ajungând la concluzia că stresul cronic conduce la instalarea depresiei; însă, pe de altă parte, depresia, odată instalată, creşte sensibilitatea individului la evenimente stresante. Cu alte cuvinte, depresia poate figura ca predictor al generării stresului, alături de experimentarea în trecut a stresului, stilul cognitiv negativ, vulnerabilităţile de personalitate şi interpersonale, dar poate genera, la rândul ei, stres. În ceea ce priveşte factorii socioeconomici, trebuie să menţionăm că şi aceştia corelează puternic cu depresia, asociere indicată în majoritatea cercetărilor.

Ne-am propus, în acest prim capitol, explorarea metaanalitică a studiilor de profil, în vederea identificării direcţiilor majore actuale de cercetare a depresiei. Parcurgerea acestor studii poate ajuta la o mai bună înţelegere a complexităţii tulburării depresive.

Cele trei direcţii majore de cercetare ale tulburării depresive pe care ne centrăm metaanaliza în acest capitol sunt: 1. depresia în rândurile tinerilor şi ale vârstnicilor; 2. alterarea funcţiilor psihice în tulburarea depresivă şi 3. depresia asociată altor tulburări somatice sau psihiatrice.

Alte direcţii de cercetare a depresiei, vizând markerii biochimici implicaţi, factorii etiopatogenetici sociali şi ocupaţionali, depresia asociată bolilor oncologice, harta europeană a suicidului, rolul noilor terapii în remisiunea tulburării, particularităţile depresiei la copii, adolescenţi şi vârstnici şi, nu în ultimul rând proprietăţile psihometrice ale scalelor specifice vor fi abordate, pe larg, în următoarele capitole ale cărţii.

DEPRESIA ÎN RÂNDUL GRUPURILOR VULNERABILE

Literatura de specialitate oferă spaţii ample studiilor privind depresia la pacienţii tineri şi la cei vârstnici, două categorii vulnerabile de populaţie.

Debutul timpuriu al depresiei în rândurile copiilor şi adolescenţilor reprezintă un risc suplimentar pentru sinucidere, are consecinţe grave asupra dezvoltării acestora şi înrăutăţeşte prognosticul de remisiune a acestei tulburări. În acelaşi timp, odată cu îmbătrânirea populaţiei, tot mai mulţi adulţi în etate (pondere raportată la populaţia generală) vor experimenta tulburări depresive, ceea ce creşte, de asemenea, riscul suicidar, al comorbidităţilor medicale, precum şi povara îngrijirii asigurate de familii şi de stat.

Depresia majoră a copiilor şi a adolescenţilor este o tulburare complexă, examinată atât prin prisma simptomelor ei, cât şi din perspectiva metodelor de diagnoză şi de predicţie. Copiii şi adolescenţii deprimaţi dezvoltă numeroase vulnerabilităţi cognitive, constând în deviaţii de prelucrare a informaţiei, deficienţe autoperceptive şi în ceea ce priveşte stilul atribuţional, manifestate prin atitudini disfuncţionale (Jacobs *et al.*, 2008).

Depresia vârstnicilor generează, la rândul ei, după cum am arătat, numeroase probleme. Această tulburare afectează în principal persoanele cu multiple comorbidităţi medicale şi cu dificultăţi psihosociale (izolarea socială agravează depresia geriatrică), precum şi pe cele cu disfuncţii cognitive. Cunoaşterea factorilor care complică îngrijirea adulţilor în etate contribuie la găsirea unor metode complexe de tratament, care ar putea reduce spirala deteriorării, ar îmbunătăţi viaţa pacienţilor şi a familiilor acestora, remarcă Alexopoulos *et al.* (2002). În acest sens, trebuie să menţionăm că sprijinul social este o resursă valoroasă, care poate proteja de depresie toate categoriile de vârstă. Alături de suportul social, reglarea interpersonală a emoţiilor poate constitui, la rândul ei, o barieră eficientă de protecţie împotriva depresiei (Marroquín, 2011).

Deşi depresia este o problemă majoră la pacienţii vârstnici, ea continuă să fie rar diagnosticată, rămânând netratată şi agravând prognosticul celorlalte boli asociate (Charlson şi Peterson, 2002). Şi aceasta în ciuda faptului că tratamentul depresiei geriatrice poate îmbunătăţi vindecarea altor boli, care necesită implicarea pacientului în tratament (Alexopoulos, Borson *et al.*, 2002). Pentru asigurarea tratamentului persoanelor vârstnice depresive sunt necesare nu numai criterii clare de diagnoză (de pildă utilizarea instrumentelor neuroimagistice pentru depistarea anomaliilor cerebrale – Gunning, Smith, 2011), ci şi algoritmi de îngrijire, precum şi o mai bună colaborare între specialiştii de sănătate mintală şi medicii de familie (Unützer, 2002).

FUNCŢII PSIHICE ALTERATE ÎN TULBURAREA DEPRESIVĂ

Depresia este o tulburare afectivă caracterizată prin modificări ale dispoziţiei şi afectivităţii, prezentând simptome din următoarele arii ale funcţionării umane: palierul emoţional – dispoziţie depresivă, sentimente de tristeţe, de goliciune interioară, sentimente de furie, de vină, anxietate, diminuarea marcată a interesului şi a plăcerii pentru diverse activităţi (chiar şi pentru activităţi vesele şi hobby-uri); palierul motivaţional – lipsa interesului şi a energiei, apatie; palierul cognitiv – diminuarea capacităţii de a gândi, tulburări de atenţie şi de memorie, gânduri şi

ruminații triste și pesimiste despre viață, lume și despre sine, gânduri recurente de moarte, ideație suicidară; palierul comportamental – retragere socială și izolare, neliniște, agitație psihomotorie; palierul biologic – tulburări de somn (insomnie sau hipersomnie), modificări ale apetitului alimentar (care conduc la o pierdere semnificativă în greutate sau la câștig ponderal), pierderea apetitului și a interesului pentru sex (Gilbert, 2011).

Alterarea funcțiilor psihice în depresie face și ea obiectul studiilor recente. Trew (2011) analizează cele două principii motivaționale de bază, respectiv dorința de a avea rezultate pozitive (acestea ar reprezenta o „armă" împotriva comportamentului deprimat) și dorința de a evita rezultatele negative, arătând că în tulburarea depresivă motivația de evitare este una deficitară. Individul abordează adeseori atitudinea de a persevera necorespunzător în atingerea unor obiective greu realizabile sau chiar de neatins, ceea ce îi întreține depresia.

În planul proceselor cognitive, mai multe cercetări demonstrează performanțe scăzute în activitatea de memorare, distorsiuni cognitive ale pacienților depresivi și judecăți slabe în ceea ce privește găsirea soluțiilor diverselor situații problematice. Lauer (1994) studiază afectarea memoriei la copiii cu depresie și concluzionează că tulburările de memorie variază în funcție de severitatea depresiei și pot fi evidențiate numai atunci când se atinge un anumit nivel de depresie. Spre deosebire de copiii nondeprimați, cei cu grade moderate și severe de depresie au scoruri mai mici la sarcinile de memorare voluntară. Abordarea depresiei din perspectivă cognitiv-comportamentală nu este o orientare demodată, ci una cât se poate de actuală, dacă avem în vedere numeroasele studii care încearcă să optimizeze modelul lui Beck.

Conform acestui model (Beck, 2010; Holdevici, 2002), simptomele depresive nu apar ca urmare a unei situații sau a unui eveniment critic, ci ca urmare a modului în care persoana interpretează acea situație. Gândurile automate, negative, care apar ca urmare a interpretării au la bază convingeri disfuncționale care s-au format în copilăria timpurie. Aceste convingeri disfuncționale sunt scheme cognitive, structuri de bază, de natură profundă, la care subiectul se raportează ca la niște adevăruri incontestabile cu privire la propria-i persoană.

Modelul cognitiv susține că, în timp ce persoana trăiește sentimente negative, gândurile sale sunt supuse unor erori. Există mai multe tipuri de erori întâlnite în modul de gândire al persoanei depresive: gândirea de tip totul sau nimic, supragenerализarea (acordarea unei importanțe prea mari unei singure experiențe negative), abstragerea selectivă (alegerea unui detaliu negativ dintr-o experiență trecută), catastrofizarea (concentrarea pe cel mai mare rău care s-ar putea produce într-o situație), absolutizarea gândirii (prin convingeri de genul „trebuie") etc. O altă teorie cognitiv-comportamentală care vine să explice depresia este cea a „neajutorării învățate", dezvoltată de Seligman (2010) și revizuită de Seligman, Teasdale și Abramson. Potrivit acestei teorii, expunerea repetată la evenimente necontrolabile conduce la deficite în sferele motivațională, afectivă și cognitivă. Deficitele respective se manifestă prin pasivitate, renunțare, retragere, ele fiind însoțite de răspunsuri emoționale (anxietate, depresie) și de limitarea capacității de învățare.

În registrul comportamental al pacienților depresivi, Segrin (2000) se apleacă asupra deficiențelor de competențe sociale asociate cu depresia, evaluând trei relații teoretice diferite între aptitudinile sociale perturbate și depresie, mai precis: abilitățile sociale slabe în calitate de cauză a depresiei, depresia în calitate de cauză a aptitudinilor sociale sărace și abilitățile sociale deficitare ca factor de vulnerabilitate în depresie. Evaluările abilităților sociale ale persoanelor cu tulburări depresive sunt realizate prin probe de auto-raport, observație și evaluări comportamentale. Unele dintre cele mai eficiente tratamente împotriva depresiei se axează pe stimularea acestor competențe sociale, ca și pe „înarmarea" pacientului depresiv cu competențe cognitive și cu comportamente funcționale (Hopko, 2003), prin activare comportamentală (intensificarea activităților sale). Sunt studiate în acest scop modelele cognitive ale persoanelor care s-au recuperat după un episod depresiv. În cadrul tuturor acestor modele cognitiviste trebuie luată în calcul atât variabila dependentă (depresia), cât și variabila independentă (vulnerabilitatea cognitivă), însă fără a se ignora rolul teoriilor vulnerabilitate-stres, atenționează Just (2001). Potrivit altor autori (Beevers, 2005), vulnerabilitatea cognitivă în depresie poate fi descrisă cu ajutorul unui model dual, bazat pe două moduri de procesare a informației: un mod asociativ, care implică o procesare rapidă, bazată pe asociațiile învățate și un mod reflexiv, care implică o prelucrare lentă, voluntară, bazată pe reguli, care utilizează resurse cognitive importante. Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie se observă atunci când procesarea asociativă este una negativă, care rămâne necorectată de procesarea reflexivă.

DEPRESIA ASOCIATĂ ALTOR TULBURĂRI

O altă direcție puternică de cercetare privește relația bidirecțională dintre depresie și alte boli, precum cele coronariene, diabetul zaharat sau bolile oncologice. S-a demonstrat, de pildă, că bolile coronariene predispun la așa-numita „depresie vasculară", pe care o întreține și o perpetuează (Thomas, 2004). Pentru a ajunge la această concluzie, cercetătorii au revizuit studii epidemiologice, clinice, neuroimagistice și de neuropatologie cu privire la depresia asociată bolilor coronariene, accidentului vascular cerebral, modificările tensiunii arteriale, demenței vasculare, nivelurilor ridicate de colesterol. Se încearcă în prezent chiar validarea „depresiei vasculare" ca o categorie diagnostică specifică, prin examinarea validității ei de suprafață, a celei descriptive, a validității de construct și a celei predictive (Thuile, 2007), dat fiind faptul că la o cincime din pacienții cu boli coronariene sunt prezente niveluri clinice ridicate de simptome depresive.

În insuficiența cardiacă, s-a dovedit că depresia se asociază și cu alți factori precum lipsa de activitate fizică, slabul control al impulsurilor alimentare și fumatul (Kop, 2011). Diagnosticul precoce și tratamentul acestei forme de depresie poate preveni alte efecte fiziopatologice asupra inimii și a creierului în cazul bolnavilor cardiaci (Norra, 2008). Cercetările din domeniul endocrinologic atrag atenția, la rândul lor, asupra corelațiilor dintre depresie și diabetul zaharat (Riley, 2009), insistând ca toți pacienții cu diabet zaharat să fie analizați în mod curent

pentru depresie, astfel încât ei să fie tratați cu medicamente sau cu ajutorul psihoterapiei.

Ca și în celelalte cazuri, depresia nu apare numai în calitate de consecință a bolii de exemplu, un factor de risc pentru dezvoltarea diabetului de tip principale, ci și în calitate de declanșator al acesteia. Simptomele depresive reprezintă, 2, un alt motiv pentru care depresia și diabetul ar trebui să fie tratate mai degrabă împreună, decât ca boli izolate (Rustad, 2011). Depresia este examinată și în legătură cu unele tulburări psihice precum alcoolismul, tabagismul sau dependența de droguri. Comorbiditatea ridicată între depresie și dependența de droguri ar putea reflecta o încercare de auto-medicație a tulburării depresive, prin abuzul de droguri, și ar putea indica un trunchi neurobiologic comun, deoarece în cele două tulburări sunt afectate aceleași sisteme de neurotransmițători – serotonina, noradrenalina, acetilcolina, dopamina, acidul gamma-aminobutiric, corticotropina, neuropeptidele Y (Markou, 1998).

În cazul pacienților oncologici, mai mulți autori subliniază că depresia rămâne nedescoperită și netratată, deși atenuarea ei ar îmbunătăți calitatea vieții acestor pacienți, le-ar scurta durata internărilor, le-ar ușura relația cu îngrijitorii lor și le-ar crește rata de supraviețuire (Newport și Nemeroff, 1998; Snyderman, Wynn, 2009; Rayner *et al.*, 2011). Pe de altă parte, intervențiile eficiente ar reclama o sensibilitate mai mare la diagnosticare, o disponibilitate a medicilor psihiatri de a trata aceste cazuri și ar putea fi atât farmacologice, cât și psihosociale.

Depresia este studiată, de asemenea, în relație cu durerea, cu stresul, cu osteoartrita, cu boala Parkinson, cu boala Alzheimer, cu epilepsia, cu anxietatea feminină sau cu leziunile traumatice. Linton și Bergbom (2011) arată că pacienții cu dureri dezvoltă depresie care, la rândul ei, întreține durerea cronică și determină rezultate slabe ale tratamentului. Pacienții cu osteoartrită sunt și ei mai susceptibili de a prezenta plângeri somatice și de a dezvolta cogniții specific depresive (Ford, 2008). Alte studii (Halbreich și Kahn, 2007) analizează depresia în asociere cu anxietatea la femei. Cum limitele între aceste două tipuri de tulburări sunt neclare, diagnosticul diferențial ar putea fi pus pe baze fiziopatologice, deoarece comorbiditatea sugerează chiar suprapunerea unor mecanisme fiziopatologice (afectate de fluctuațiile de hormoni ale gonadelor). Depresiei feminine îi sunt consacrate studii numeroase. Potrivit unora dintre acestea, femeile sunt mult mai susceptibile decât bărbații să aibă tulburări afective sezoniere, simptome de depresie atipică (hipersomnie, hiperfagie). Pe de altă parte, tulburările lor disforice premenstruale au un impact asupra calității vieții similar cu cel al tulburărilor depresive majore (Gorman, 2006).

Depresia este, totodată, una dintre cele mai frecvente comorbidități psihiatrice în cazul pacienților cu Alzheimer (afectează 50% dintre aceștia – Lee, 2003), precum și în cazul persoanelor care suferă de epilepsie (în acest caz, ea debutează încă din adolescență – Hankin 2006) sau al suferinzilor de Parkinson (aici se asociază cu niveluri de educație scăzute, cu o istorie de fumat și o utilizare regulată a analgezicelor – Dissanayaka, 2011). În același timp, depresia este una dintre cele mai frecvente sechele psihice asociate cu leziunile traumatice, alături de tulburările de stres postrtraumatic (Steel, 2011), generând niveluri ridicate de mortalitate.

BIBLIOGRAFIE

1. ALEXOPOULOS, G., BUCKWALTER, K., OLIN, J., MARTINEZ, R., WAINSCOTT, C., KRISHNAN, K.R., *Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment*, Biological Psychiatry, **52**, *6*, 2002, p. 543-558.
2. ALEXOPOULOS, G., BORSON, S., CUTHBERT, B .N., DEVANAND, D.P., MULSANT, B., OLIN, J., OSLIN, D.W., *Assessment of late life depression*, Biological Psychiatry, **52**, *3*, 2002, p. 164-174.
3. AREÁN, P.A., REYNOLDS III, C.F., *The impact of psychosocial factors on late-life depression*, Biological Psychiatry, **58**, *4*, 15 2005, p. 277-282.
4. BECK, J. S., *Psihoterapie cognitivă. Fundamente și perspective*, Cluj-Napoca, Editura RTS, 2010.
5. BEEVERS, C.G., *Cognitive vulnerability to depression: A dual process model*, Clinical Psychology Review, **25**, *7*, 2005, p. 975-1002.
6. CHARLSON, M., PETERSON, J. C., *Medical comorbidity and late life depression: what is known and what are the unmet needs*?, Biological Psychiatry, **52**, *3*, 2002, p. 226-235.
7. DISSANAYAKA, N. N., O'SULLIVAN, J. D., SILBURN, P. A., MELLICK, G. D., *Assessment methods and factors associated with depression in Parkinson's disease*, Journal of the Neurological Sciences, **310**, *1–2*, 2011, p. 208-210.
8. European Union, *Mintal well-being: for a smart, inclusive and sustainable Europe*, http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ outcomes_pact_en.pdf, 2011.
9. FORD, D.E., *Optimizing outcomes for patients with depression and chronic medical ollnesses*, The American Journal of Medicine, **121**, *11*, Supplement 2, 2008, p. S38-S44.
10. GILBERT, P., *Depresia. Psihoterapie și consiliere*, Iași, Editura Polirom, 2011.
11. GORMAN, J. M., *Gender differences in depression and response to psychotropic medication*, Gender Medicine, **3**, *2*, 2006, p. 93-109.
12. GUNNING, F. M., SMITH, G. S., *Functional neuroimaging in geriatric depression*, Psychiatric Clinics of North America, **34**, *2*, 2011, p. 403-422.
13. HALBREICH, U., KAHN, L.S., *Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: Are they gender-preferred phenotypes*?, Journal of Affective Disorders, **102**, *1–3*, 2007, p. 245-258.
14. HANKIN, B. L., *Adolescent depression: Description, causes, and interventions*, Epilepsy & Behavior, **8**, *1*, 2006, p. 102–114.
15. HOLDEVICI, I., *Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, București, Editura Orizonturi, 2002.
16. HOPKO, D. R., LEJUEZ, C.W., RUGGIERO, K., J., EIFERT, G. H., *Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress*, Clinical Psychology Review, **23**, *5*, 2003, p. 699-717.
17. JACOBS, R.H., REINECKE, M.A., GOLLAN, J.K., KANE, P., *Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective*, Clinical Psychology Review, **28**, *5*, 2008, p. 759-782.
18. JUST, N., ABRAMSON, L., ALLOY, L.B., *Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critique and conceptual analysis*, Clinical Psychology Review, **21**, *1*, 2001, p. 63-83.
19. KOP, W.J., SYNOWSKI, S. J., GOTTLIEB, S.S., *Depression in heart failure: Biobehavioral mechanisms*, Heart Failure Clinics, **7**, *1*, 2011, p. 23-38.
20. LAUER, R. E., GIORDANI, B., BOIVIN, M. J., HALLE, N., GLASGOW, B., ALESSI, N. E., BERENT, S., *Effects of depression on memory performance and metamemory in children*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **33**, *5*, 1994, p. 679-685.
21. LEE, H. B., LYKETSOS, C. G., *Depression in Alzheimer's disease: heterogeneity and related issues*, Biological Psychiatry, **54**, *3*, 2003, p. 353-362.
22. LINTON, S.J., BERGBOM, S., *Understanding the link between depression and pain*, Scandinavian Journal of Pain, **2**, *2*, 2011, p. 47-54.
23. LIU, R.T., ALLOY, L.B., *Stres generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study*, Clinical Psychology Review, **30**, *5*, 2010, p. 582-593.

24. MARINESCU, D., UDRIŞTOIU, T., PODEA, D., CIUCU, A., *Tulburarea depresivă şi anxioasă. Actualităţi*, Craiova, Editura AIUS PrintEd, 2008.
25. MARROQUÍN, B., *Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression*, Clinical Psychology Review, **31**, *8*, 2011, p. 1276-1290.
26. MARKOU, A., KOSTEN, T. R., KOOB, G. F., *Neurobiological similarities in depression and drug dependence: A self-medication hypothesis*, Neuropsychopharmacology, **18**, *3*, 1998, p. 135-174.
27. NEWPORT, D. J., NEMEROFF, C.B., *Assessment and treatment of depression in the cancer patient*, Journal of Psychosomatic Research, **45**, *3*, 1998, p. 215-237.
28. NORRA, C., SKOBEL, E. C., ARNDT, M., SCHAUERTE, P., *High impact of depression in heart failure: Early diagnosis and treatment options*, International Journal of Cardiology, **125**, *2*, 2008, p. 220-231.
29. RAYNER, L., PRICE, A., HOTOPF, M., HIGGINSON, I. J., *The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care*, European Journal of Cancer, **47**, *5*, 2011, p. 702-712.
30. RILEY, A., MINDY, L. MCENTEE, M.L., GERSON, L., DENNISON, C.R., *Depression as a comorbidity to diabetes: Implications for management*, The Journal for Nurse Practitioners, **5**, *7*, 2009, p. 523-535.
31. RUSTAD, J. K., MUSSELMAN, D. L., NEMEROFF, C. B., *The relationship of depression and diabetes: Pathophysiological and treatment implications*, Psychoneuroendocrinology, **36**, *9*, 2011, p. 1276-1286.
32. SEGRIN, C., *Social skills deficits associated with depression*, Clinical Psychology Review, **20**, *3*, 2000, p. 379-403.
33. SELIGMAN, M., *Optimismul se învaţă. Ştiinţa controlului personal*, Bucureşti, Editura Humanitas, 2004.
34. SNYDERMAN, D., WYNN, D., *Depression in cancer patients, primary care: Clinics in office practice*, Primary Care: Clinics in Office Practice, **36**, *4*, 2009, p. 703-719.
35. STEEL, L.J., DUNLAVY, A.C., STILLMAN, J., PAPE, J.C., *Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists*, Injury, **42**, *3*, 2011, p. 288-300.
36. THOMAS, A., KALARIA, R. N., O'BRIEN, J. T., *Depression and vascular disease: what is the relationship*?, Journal of Affective Disorders, **79**, *1-3*, 2004, p. 81-95.
37. THUILE, J. C., EVEN, J. C., GUELFI, J.-D., *Validité du concept de dépression vasculaire: une revue de la littérature*, L'Encéphale, **33**, *1*, 2007, p. 39-48.
38. TREW, J. L., *Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model*, Clinical Psychology Review, **31**, *7*, 2011, p. 1156-1168.
39. UNÜTZER, J., *Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care*, Biological Psychiatry, **52**, *3*, 2002, p. 285-292.
40. VAN DE VELDE, S., BRACKE, P., LEVECQUE, K., *Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap indepression*, Social Science & Medicine, **71**, *2*, 2010, p. 305-313.
41. World Health Organisation, 2006, *Preventing suicide. A resource for counsellors*, http://whqlibdoc.who.int/publications/ 2006/9241594314_eng.pdf.

Capitolul 2

CAUZE ŞI MODELE EXPLICATIVE ALE DEPRESIEI

VALENTIN DINU*

Depresia este, de departe, cea mai răspândită tulburare psihică. Această „boală a epocii" afectează toate mediile sociale şi grupele de vârstă, atât bărbaţii, cât şi femeile. Circa 15-20% din populaţia adultă a dezvoltat o simptomatologie depresivă şi peste 12% a trăit o depresie suficient de puternică pentru a necesita tratament (Fennell, 1989, apud Holdevici, 2007). În ţările vestice, rata depresiei este de 2/1 în favoarea femeilor (Brown şi Haris, 1978, idem).

Kielholz (1984), citând un studiu suedez efectuat timp de peste 30 de ani, este de părere că numărul depresiilor psihogene a crescut îngrijorător. Femeile se îmbolnăvesc mai frecvent până la vârsta de 35 de ani; în cazul bărbaţilor, vârsta critică pentru debutul depresiei se situează între 55 şi 70 de ani.

Depresia este o tulburare recidivantă. Pentru 50% dintre pacienţi, recăderile depresive reapar după un an, chiar şi în cazul celor trataţi corect, cu medicaţie specifică. Prin urmare, este important să dezvoltăm şi tratamente psihologice care să prevină revenirea bolii. Atunci când în prim planul simptomatologiei depresive se află perturbări importante precum pierderea poftei de mâncare, scăderea în greutate, insomnia, diminuarea activităţilor, suprasecreţie de cortizon (hormon al stresului) sau alcoolism cronic, în locul terapiei cognitive este de preferat tratamentul cu antidepresive sau asocierea celor două metode (Cottraux, 2003).

Conform unui studiu realizat de Coryell şi Winokur în 1982 (idem), circa 15% dintre depresivi se sinucid. Rata tentativei de suicid este mai ridicată în cazul femeilor, însă suicidul este mai frecvent în cazul bărbaţilor, care folosesc metode letale de suicid (de exemplu, arme de foc sau spânzurare, spre deosebire de femei, care preferă supramedicaţia sau tăierea venelor). Riscul cel mai mare pentru suicid îl prezintă persoanele separate, divorţate, precum şi indivizii care au rămas recent văduvi; riscul cel mai scăzut îl prezintă persoanele căsătorite. O viaţă trăită de unul singur, în mediul urban, prezintă un risc mai ridicat pentru suicid, decât coabitarea într-un mediu rezidenţial. Persoanele în familiile cărora există cazuri de suicid, de alcoolism sau depresie, precum şi cele care nu percep susţinerea semenilor ori nu au parte de un suport social adecvat sunt cele mai predispuse la dezvoltarea acestei tulburări (Leahy şi Holland, 2010, p. 13).

* Universitatea din Bucureşti, Cabinet Individual de Psihologie – Dinu Valentin, Bucureşti, Drumul Pădurea Neagră, nr. 52 B, Corp A, sc.1, ap. 4, sector 1; e-mail: dinu_valentin@yahoo.com.

DEPRESIA VĂZUTĂ DIN „EXTERIOR" ŞI DIN „INTERIOR"

Nu mi-am propus să fac un inventar al definiţiilor depresiei în acest capitol. Voi enumera doar principalele sale caracteristici (Holdevici, 2007, p. 319), pentru o scurtă caracterizare a acestei tulburări:

- Trăirea sentimentului de tristeţe;
- Plâns frecvent;
- Sentimente de culpabilitate;
- Iritabilitate;
- Anxietate;
- Tensiune psihică;
- Subiectul nu se mai bucură de activităţile normale;
- Nivelul energiei psihice este redus şi orice acţiune, cât de mică ar fi, presupune un mare efort;
- Tendinţă de retragere;
- Pacienţii petrec mult timp în pat sau în fotoliu;
- Activităţi obişnuite şi agreabile, cum ar fi lectura ziarelor sau vizionarea unor programe TV, devin dificile şi plictisitoare (individul nu se mai poate concentra);
- Subiectul se preocupă de cât de rău se simte sau de dificultăţile insurmontabile care îl aşteaptă;
- Somnul este dificil;
- Apetitul scade;
- Nevoile sexuale se diminuează.

În cazul depresiei psihotice apar sentimente puternice de inutilitate, culpabilitate şi autodevalorizare, precum şi idei şi tentative de suicid.

Simptomele cele mai reprezentative ale depresiei pot fi grupate pe următoarele domenii (structurarea lor facilitează abordarea terapeutică):

- *Comportamentale*: tonus scăzut al activităţii; tendinţă de retragere;
- *Motivaţionale*: lipsa interesului şi a sentimentului plăcerii; totul se face cu efort;
- *Afective*: tristeţe, anxietate, culpabilitate, ruşine;
- *Cognitive*: slabă capacitate de concentrare, indecizie, ruminaţii interioare, autocritică, gânduri suicidare.

Printre cele mai frecvente gânduri (automate) pe care le are un depresiv se numără: „cel mai greu mi-e să înfrunt lumea", „nu sunt bun de nimic", „de ce nu reuşesc niciodată?", „nimeni nu mă înţelege", „ceilalţi m-au lăsat baltă", „nu cred că mai pot continua astfel", „mi-ar plăcea să fiu mai bun", „sunt atât de slab", „viaţa mea nu merge cum aş vrea eu", „mă dezamăgesc singur", „nimic nu mai e ca înainte", „nu o să mai suport asta multă vreme", „nu reuşesc să mă apuc de ceva", „oare ce e în neregulă cu mine?", „aş vrea să fiu altcineva", „nu pot face ca lucrurile să meargă", „mă detest", „nu am nicio valoare", „aş vrea să dispar", „ce nu merge cu mine?", „sunt un perdant", „mi-am ratat viaţa", „sunt un ratat", „nu o să reuşesc niciodată", „sunt aşa de lipsit de speranţă", „ceva trebuie să se schimbe", „sigur e ceva în neregulă cu mine", „viitorul meu este sumbru", „asta nu merită osteneală", „nu reuşesc niciodată să termin ce am început" (Cottraux, 2003, p. 57).

Psihoterapia este mai potrivită pentru abordarea depresiei nevrotice/nonpsihotice, deşi nu există suficiente date de cercetare referitoare la faptul că pacienţii endogeni ar răspunde mai greu la psihoterapie. Ţinem să precizăm că depresia nevrotică se deosebeşte de simpla reacţie firească la evenimentele cu caracter negativ.

Astfel, există unele structuri de personalitate premorbidă care pot predispune individul, în mod repetat, la dezvoltarea unor episoade depresive. Este posibil ca aceste episoade să evolueze cronic (ani de zile) fără să aparţină, în sens medical, categoriei diagnostice a „sindromului depresiv".

De multe ori, depresia debutează sub înfăţişarea unei boli somatice, în care tulburarea energiei vitale şi simptomele vegetative sunt elementele esenţiale.

Depresiile pot fi cu fond *somatic* (diagnosticate de internişti, neurologi, psihiatri), *endogen* („ereditare") şi *psihogen*. În ultima categorie intră: depresia nevrotică (dezvoltată pe baza structurii premorbide de personalitate, după cum am arătat anterior); depresia reactivă (survenită ca urmare a unei/unor traume existenţiale severe) şi dispoziţia depresivă cronică (apare la aceiaşi oameni cu structuri de personalitate predominant depresive).

Merită să amintim în acest context şi de structura de personalitate pre-depresivă, descrisă într-o manieră edificatoare de Stiemerling (2006). Adulţii cu acest tip de structură de personalitate „posedă o sensibilitate mare de a percepe binele şi răul, o conştiinţă hipertrează, un simţ deosebit al răspunderii şi ataşamentului pentru valorile morale. Au uneori o mare presiune de a se justifica şi o nevoie de a cere iertare, sunt plini de scrupule inadecvate şi suferă de mustrări de conştiinţă chinuitoare pentru un rău sau o greşeală pe care ar fi făcut-o, chiar atunci când nu este cazul. Au tendinţa să se autoacuze pe nedrept şi sentimentul că merită să fie pedepsiţi. Au un înalt sentiment al valorii sociale şi se evidenţiază prin autocerinţe morale exagerate. Printre ei îi găsim pe mult citaţii „oameni ai datoriei", care se evaluează pe ei şi pe ceilalţi prin imagini despre valoare exagerat de severe; oameni care se evidenţiază printr-o conştiinciozitate deosebită, punctualitate şi ordine şi care frapează prin stilul de viaţă obsesional-corect [....]".

În ceea ce priveşte reglarea angoasei de Supraeu şi a sentimentului conştient şi inconştient de vinovăţie, individul poate face uz de următoarele strategii de apărare: nevoia de pedeapsă conduce la autoreproşuri, la devalorizare cronică, la autopedepsire până la autoprejudiciere, la aspiraţia de a repara şi, în sfârşit, la proiecţia vinovăţiei în exterior. Cei mai mulţi dintre oamenii cu structură de personalitate pre-depresivă au un Ideal al Eului deosebit de înalt, la modul deschis sau nu care, fiind de neîmplinit, îl pune pe purtătorul său într-o permanentă tensiune de autonemulţumire (Stiemerling, 2006, p. 63-64).

MODELE CAUZALE / EXPLICATIVE ALE DEPRESIEI

Cauzele depresiei sunt multiple (Weissmann, 1982, apud Holdevici, 2009, p. 345): tulburări la nivelul neurotransmiţătorilor; tulburări depresive sau alcoolism în familie; pierderea unui părinte; neglijarea în copilăria timpurie; evenimentele de viaţă negative; un partener ostil şi/sau critic; lipsa unei relaţii apropiate; absenţa unui suport social; lipsa stimei de sine pe termen lung.

Printre cauzele „moderne" ale depresiei, am putea aminti, în acord cu Stiemerling (2006): schimbările esențiale din domeniul culturii și civilizației; destinul țărilor subdezvoltate și brusca lor confruntare cu fluxul informațional cultural mondial, prin intermediul televiziunii (muzica pop, hip-hop, rock, febra „consumului", cultura „fast-food" etc.); prăbușirea valorilor înalte, a tradițiilor, a familiei; pierderea legăturilor religioase; diminuarea relațiilor interumane satisfăcătoare, creșterea frecvenței divorțurilor; dezrădăcinarea unor largi grupări populaționale; lipsa de perspectivă a tineretului în fața pericolului crizei ecologice și a suprapopulării; creșterea șomajului etc.

Date fiind complexitatea depresiei și expansiunea ei în rândul populației, de-a lungul timpului au fost emise mai multe modele explicative ale acestei tulburări. Însă niciunul dintre modele nu reușește să acopere, separat de celelalte, acest domeniu vast. Probabil că preocupările pentru conceptualizarea depresiei într-un model atotcuprinzător nu se vor opri aici.

Noi vom aminti doar câteva dintre modelele explicative ale depresiei, pe care le-am preluat din literatura de specialitate.

În contrast cu perspectiva psihiatrică tradițională asupra depresiei, Beck (1979) a emis ipoteza că gândurile negative, atât de evidente în această tulburare, nu sunt doar un simptom, ci au un rol central în menținerea depresiei. Această idee implică faptul că depresia poate fi tratată ajutând pacienții să-și identifice și să-și modifice gândurile negative.

Conform modelului lui Beck, gândurile negative din depresie își au originea în atitudinile (postulate disfuncționale) dobândite în prima copilărie și ulterior în viață. În multe situații, aceste idei pot fi utile și pot orienta comportamentul în vederea obținerii de performanțe. Gândul că trebuie să ai întotdeauna succes pare să motiveze o activitate pozitivă. Pe de altă parte, ideea de succes vulnerabilizează individul la anumite evenimente critice. În cazul unui insucces, acesta poate fi interpretat ca o pierdere. Eșecul determină gânduri negative automate cum ar fi: „nu sunt demn de încredere" sau „sunt un nimeni" etc. Astfel de gânduri vor afecta negativ dispoziția generală și astfel va crește probabilitatea apariției automate a unor gânduri negative, antrenând un cerc vicios care tinde să mențină depresia. O dată devenită depresivă, persoana experimentează un set de distorsiuni cognitive, care exercită o influență generală asupra funcționării sale cotidiene.

Terapeutul cognitiv și cel integrativ pot rupe acest cerc vicios, învățând pacientul să pună sub semnul întrebării gândurile automate negative, apoi să testeze postulatele disfuncționale care le determină.

Menționăm că modelul propus de Beck nu este valabil doar pentru depresie sau pentru tulburările emoționale cu intensitate clinică. El evidențiază rolul major al cogniților, în interacțiunea complexă a acestora cu stările afective și cu comportamentele, în general. De asemenea, acest model nu implică faptul că gândirea negativă determină depresia. Depresia poate fi văzută ca rezultat final al unor variabile complexe – biologice, evolutive, sociale și psihologice. Gândirea depresivă nu este o cauză a depresiei, ci o parte a ei. Deoarece în psihogeneza depresiei cogniților au o anume prioritate temporală, intervențiile sistematice asupra lor se pot dovedi deosebit de utile, așa cum confirmă deja practica din clinică (Dafinoiu și Vargha, 2005, p. 62-63).

Cogniții persoanelor deprimate (gândurile automate) sunt greu de identificat de către pacienții înșiși, deoarece ele au un caracter habitual, fiind în strânsă relație cu sistemul personal de credințe. Ele au ca principale teme: autodepreciere, sentimentul eșecului, respingerea de către ceilalți, exagerarea dificultăților, standardele personale foarte ridicate ș.a. Aceste gânduri automate, cu polaritate întotdeauna negativă, au fost sistematizate de Beck într-o triadă cognitivă: imagine negativă de sine („sunt un nimeni!"), experiență curentă negativă („nimic din ceea ce fac nu iese bine!") și viitor negativ („niciodată nu-mi va fi mai bine").

Gândurile negative automate sunt produsul unor erori în procesarea informației, care conduc la distorsionarea imaginii individului despre el însuși și despre realitatea înconjurătoare. Beck enumeră șase tipuri de erori: suprageneralizarea, abstracția selectivă, inferența arbitrară, personalizarea, maximizarea și minimizarea. La acestea se adaugă un stil de gândire specific persoanelor depresive, definit prin caracter dihotomic („alb-negru", „totul sau nimic") și autocomenzi imperative („trebuie neapărat!").

Deși sunt foarte importante aceste tipuri de erori pentru determinarea tehnicilor terapeutice de combatere, nu avem spațiul necesar să le aprofundăm aici (ele se regăsesc în cele mai multe dintre lucrările dedicate terapiei cognitive).

Beck vorbește apoi despre existența unei *scheme cognitive*, care este o structură cognitivă sensibilă, intolerantă și care, deși inactivă o bună parte din viață, este reactivată de anumite evenimente. Odată schema activată, ea modifică percepția realității: depresivul vede evenimentele, le traduce, le interpretează cu ajutorul acestor scheme. Este vorba de o lectură a realității filtrată de acest postulat silențios (de exemplu, schema „Nu merit să fiu iubit" – activată de comportamentul negativ al persoanei X) [...] Schema este o credință foarte puternică în legătură cu propria persoană, care a fost interiorizată la o vârstă precoce. Ea este atât de puternică, încât este trăită ca adevărată (*op.cit.*, p. 66-67).

La rândul lor, pentru a explica fenomenele cognitive din tulburările emoționale, Williams *et al.* (1988) apelează la o ipoteză adițională care postulează existența, la fiecare nivel, a unor mecanisme decizionale, capabile să judece valența afectivă a informației. În cazul depresiei se presupune că elaborarea începe cu un mecanism decizional, care evaluează valența afectivă a stimulului, output-ul deciziei afective constituind input-ul mecanismelor de alocare a resurselor, care stabilesc dacă se alocă sau nu resurse noi procesării stimulului (elaborare mărită sau evitare cognitivă).

Subiecții cu trăsături „depresive" (autocriticism, perfecționism, stil atribuțional negativ etc.) au tendința generală de a răspunde la rezultatul procesului decizional într-o anumită direcție (alocarea/retragerea resurselor). Nu vor prezenta manifestări patologice dacă dispoziția negativă este slabă, dar modificările acesteia vor exacerba tendința de alocare/retragere a resurselor, subiecții manifestând reacții exagerate la perturbări minime ale dispoziției (se constată prelungirea acestor reacții chiar și după îndepărtarea stimulului).

Lucrările lui Beckler (1971), Arieti și Bemporad (1978), Brown și Harris (1978) (citate de Power și Dagleish, 1997), asupra factorilor de vulnerabilitate din depresie,

personali şi sociali, se constituie ca prime surse ale teoriilor sociocognitive ale depresiei (idem). Fără a privi depresia ca o construcţie socială sau simplă consecinţă a evenimentelor adversive – şi recunoscând implicarea altor factori în depresie (predispoziţii genetice, vulnerabilitatea biochimică, vulnerabilitatea cognitivă) –, aceste teorii se bucură de marele avantaj de a plasa subiectul în contextul social, ignorat de teoriile cognitiv-comportamentale (Carmin şi Dowd, 1988).

Modelul propus de Power şi Champion (1986) (cf. Champion and Power, 1995) se diferenţiază de celelalte teorii ale depresiei, propunând un cadru teoretic care să armonizeze teoria cognitivă a depresiei cu vulnerabilitatea socială a individului care manifestă această tulburare.

Vulnerabilitatea cognitivă este legată de supraevaluarea unor scopuri sau roluri, valoarea personală şi stima de sine fiind definite exclusiv în raport cu un anumit domeniu (al realizării sau cel interpersonal). Funcţia supraevaluării este de a proteja sinele de aspectele negative, ceea ce implică existenţa unui model ambivalent al sinelui. În cadrul acestui model, aspectele pozitive sunt dominante atâta timp cât individul încearcă să atingă scopul sau să realizeze rolul. Aspectele negative devin prevalente în condiţiile ameninţării sau pierderii scopului, respectiv a rolului. Această ambivalenţă a sinelui se opune modelului monolitic, static al conceptului de sine propus de Beck (Beck *et al.*, 1979), precum şi unei ierarhizări fixe, rigide. Dovezile care susţin acest model nu sunt încă ferme, dar sunt suficient de sugestive, provenind atât din practica realizată în clinică şi din studiile longitudinale, cât şi din psihologia cognitivă – modularitate, procese inhibitorii, modele mentale etc. (Champion, Power, 1995; Power, Dagleish, 1997).

Cele două aspecte ale Sinelui, la subiectul vulnerabil, devin modulare, în timp ce individul sănătos reuşeşte să le integreze. Originea acestei ambivalenţe se regăseşte în experienţele cu persoanele semnificative din mica copilărie (Champion şi Power, 1995).

Vulnerabilitatea socială cuprinde adversitatea evenimentelor de viaţă, suportul social, în particular calitatea relaţiilor intime, tranzacţiile caracteristice etapelor de viaţă (adolescenţă, pensionare, şomaj), precum şi factorii specifici unor comunităţi sau culturi (rolul femeii în culturile tradiţionale (idem).

Declanşarea depresiei, în majoritatea cazurilor, presupune o interacţiune a vulnerabilităţilor sociale şi cognitive. Însă, maximizarea uneia dintre aceste vulnerabilităţi este suficientă pentru dezvoltarea depresiei. Explicarea episoadelor recurente trebuie să implice şi alţi factori, precum cei biologici sau cognitivi (ibidem).

În 1981, Seligman (apud Peterson *et al.*, 1993; Williams, 1992), propune patru premise a căror concurenţă e suficientă pentru apariţia depresiei:

- stilul expectaţional negativ (tendinţa de a aştepta sau de a considera foarte probabilă apariţia unor evenimente negative sau neapariţia unor evenimente pozitive);
- perceperea incontrolabilităţii apariţiei acestor evenimente;
- stil atribuţional negativ (tendinţa de a oferi anumite tipuri de explicaţii diferitelor evenimente, pentru cele pozitive – atribuţii externe, instabile şi specifice iar pentru cele negative – atribuţii interne, stabile şi globale);
- deficitul cognitiv şi motivaţional este direct proporţional cu certitudinea subiectului privind ocurenţa anumitor evenimente şi incontrolabilitatea lor, iar deficitul emoţional şi stima de sine scăzută depind, tot direct proporţional, de importanţa acordată evenimentelor.

Deşi toţi aceşti factori sunt prezentaţi ca necesari, interesul principal s-a focalizat pe cel de-al treilea – stilul atribuţional, ca factor de vulnerabilitate pentru depresie (Williams, 1992).

Chiar dacă în literatura de specialitate sunt prezentate mai multe modele cauzale ale depresiei (Stiemerling a enumerat nu mai puţin de zece astfel de modele), considerăm că nu putem include, pur şi simplu, orice pacient care are o depresie (non-psihotică) într-o „cutiuţă diagnostică". De obicei, la fiecare pacient se descoperă două-trei variante de modele, dintre cele zece posibile, însă adesea se formează un „centru de greutate", mai precis, unul dintre aceste modele se impune în prim-plan şi decide dinamica psihică. Pentru că numeroasele variabile ale personalităţii umane stau într-un raport de condiţionare şi dependenţă reciprocă şi aproape toate sunt în legătură unele cu altele, în cercuri complexe de reguli, nu este surprinzător că nu găsim nicio imagine limpede a ariilor tulburării depresive, ci un număr mare de melanjuri. Totuşi, clinicienii trebuie să atingă cele mai importante arii ale tulburării şi să intervină terapeutic, în funcţie de „centrul de greutate" al acesteia (Stiemerling, 2006, p. 185).

Cele zece modele cauzale ale depresiei, amplu analizate de Stiemerling, sunt prezentate succint în continuare:

În spatele situaţiei deficitare orale (model 1) şi simbiotice (model 2) stă sentimentul unei nevoi uriaşe, devenită insuportabilă;

O conştiinţă foarte severă (model 3) poate provoca un conflict interior de agresivitate, în a cărui desfăşurare Sinele se depreciază şi persoana respectivă suferă din cauza „lipsei sale de valoare";

Expresia deficit de individuaţie (model 4) se clarifică de la sine, deoarece se referă la un deficit în direcţia maturizării şi a capacităţii de a trăi;

În spatele unui fals Sine (model 5) stă sentimentul apăsător al „ratării existenţiale", o deficienţă de autenticitate şi de specificitate; un individ nu a putut să-şi formeze nucleul propriei fiinţe şi, drept urmare, trebuie să se orienteze după o busolă interioară falsă. Respectivul a fost constrâns – prin anumite condiţii ale socializării sale – la o direcţie de dezvoltare străină fiinţei sale. El dezvoltă un model bazal de viaţă care nu i se potriveşte, pentru că îl fixează unilateral pe o direcţie unde ratează posibilităţile de formare care îi sunt proprii. Domeniile centrale şi structura potenţială a personalităţii sale nu se pot dezvolta.

În cazul sentimentului lipsei de putere (model 6) este vorba de un deficit al puterii „pe care subiectul crede că o are faţă de solicitările şi încercările vieţii";

Una dintre cele mai frecvente cauze ale depresiei este dereglarea şi prejudicierea balanţei narcisice a unui om (model 7). Aceasta conduce la o deficienţă a iubirii de sine, a autostimei şi a valorizării personale, la un deficit al identităţii şi la o situaţie interioară de abandon;

În cazul inhibiţiei agresive (model 8) şi al provocării ei într-o situaţie de încercare şi eşec, respectivul individ este atât de mult atins existenţial în starea sa

bazală (deoarece se produce o blocare a descărcării sale afective) şi este puternic limitat în capacitatea sa de a acţiona (deficit în autoafirmare şi autoimpunere, precum şi în comportamentul dezvoltat în faţa agresiunilor);

Teoria traumatică a depresiei (model 9) se opune cel mai puternic modelului explicativ care invocă „prezenţa deficitelor existenţiale". Persoana traumatizată timpuriu se distinge ca viitor adult nu printr-un deficit, ci mai ales printr-o abundenţă de afecte sedimentate, desigur negative. Ar fi prea comod acum ca antipozii săi emoţionali (eliberare de suferinţă, încredere, bunăstare) să se opună durerii, tristeţii şi disperării sale şi astfel să i se confirme faptul că suferă de o deficienţă a acestor sentimente pozitive. La o privire mai atentă, nucleul bolii se deplasează de la afectele negative sedimentate, la incapacitatea individului de a le descărca şi integra. Deficitul constă, de asemenea, şi în faptul că individul în cauză nu a găsit modalitatea de a deschide „recipientul în care afectele negative se dezlănţuie atât de sălbatic";

Situaţia pierderii de obiect (model 10) poate conduce, de asemenea, la declanşarea unei depresii; prin separarea de obiect, persoana ajunge într-o situaţie psihică deficitară, chiar dacă obiectul pierdut poate fi unul „al urii sale".

BIBLIOGRAFIE

1. BECK, A. T., RUSH, A. T., SHAW, B. F., *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press, 1979.
2. CARMIN, C. N., DOWD, E. T., *Paradigms in cognitive psychotherapy. Developments in cognitive therapy*, London, Dryden, P. Sage Publications, 1988.
3. COTTRAUX, J., *Terapiile cognitive. Cum să acţionăm asupra propriilor gânduri*, Iaşi, Editura Polirom, 2003.
4. CHAMPION, L. A., POWER, M. J., *Social and cognitive approaches to depression: towards a new synthesis*, British Journal of Clinical Psychology, *34*, 1995, p. 485-503.
5. DAFINOIU, I., VARGHA, J.-L., *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*, Iaşi, Editura Polirom, 2005.
6. HOLDEVICI, I., *Strategiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale*, Bucureşti, Editura Dual Tech, 2007.
7. HOLDEVICI, I., *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*, Bucureşti, Editura Trei, 2009.
8. KIELHOLZ, P., *Interview*, Psychologie heute, 1984.
9. LEAHY, R. L., HOLLAND, S. J., *Planuri de tratament şi intervenţii pentru depresie şi anxietate*, Cluj-Napoca, Editura ASCR, 2010.
10. PETERSON, C., MAIER, S. F., SELIGMAN, M. E., *Learned helplessness*, Oxford, Oxford University Press, 1993.
11. POWER, M., DAGLEISH, T., *Cognition and emotion – from order to disorder*, London, Psychology Press, 1997.
12. STIEMERLING, D., *10 abordări psihoterapeutice ale depresiei. Modele explicative ale psihologiei abisale şi concepte terapeutice asupra depresiei nevrotice*, Bucureşti, Editura Trei, 2006.
13. WILLIAMS, J. M. G., WATTS, F. N., MACLEOD, C., MATHEWS, A., *Cognitive psychology and emotional disorders*, John Wiley, 1988.
14. WILLIAMS, J. M. G., OAKFORD, M., *Cognitive science anxiety and depression. From experiments to connectionism*, Cognitive Science and Clinical Disorders, London, Academic Press, 1992.

Capitolul 3

ROLUL FACTORILOR PSIHOSOCIALI ÎN DEPRESIE

ADELA MAGDALENA CIOBANU*

Identificarea factorilor psihosociali care acţionează în cazul pacientului depresiv, în calitate de stresori, prezintă o importanţă crucială în psihiatrie. Cunoaşterea stresorilor cu cel mai mare potenţial de declanşare a decompensărilor psihotice ajută clinicianul să se adreseze acestor chestiuni în mod suportiv (Kaplan şi Sadock, 2001). Totodată, determinarea rolului factorilor psihosociali în depresie este susceptibilă de a oferi noi deschideri psihoterapeutice şi de asistenţă socială, în vederea reducerii amplitudinii simptomelor depresive şi a reintegrării pacienţilor în comunitate.

Etiologia psihosocială a depresiei preocupă comunitatea ştiinţifică internaţională, reprezentând o puternică – şi actuală – direcţie de cercetare a depresiei. Specialiştii îşi propun să afle: de ce unii dintre pacienţii depresivi se reintegrează mai uşor în reţelele sociale şi familiale de origine decât alţii; care sunt stresorii psihosociali specifici care acţionează la vârstele timpurii, determinând creşterea vulnerabilităţii copiilor şi adolescenţilor la depresie; cum poate fi îmbunătăţit prognosticul depresiei, ca urmare a reducerii stresorilor psihosociali; care sunt factorii exogeni care determină recurenţa depresiei; care sunt configuraţiile factoriale de risc pentru depresie, la diferite vârste.

Vom prezenta, în acest capitol, câteva concluzii ale celor mai relevante cercetări în domeniu, care îşi propun să răspundă acestor întrebări, precum şi un studiu propriu privind determinarea stresorilor psihosociali în cazul unui lot de 100 de pacienţi internaţi în clinica psihiatrică.

Astfel, în depresiile severe majoritatea studiilor constată prezenţa unor tulburări de adaptare socială pregnante. Psihopatologia specific depresivă se asociază cu sensibilitatea emoţională şi cu ostilitatea interpersonală, factori care îngreunează adaptarea socială a pacienţilor respectivi (Dorz *et al.*, 2002). În acelaşi timp, pacienţii cu un nivel scăzut de simptome depresive nu prezintă dificultăţi sociale de integrare, scorurile lor de adaptare socială, măsurate cu ajutorul unei scale specifice, fiind comparabile cu cele obţinute de un eşantion din populaţia generală (idem).

Depresia majoră persistentă este prezisă şi de dificultăţile de a stabili relaţii de prietenie cu alţi oameni, de relaţiile familiale dezamăgitoare – lipsa încrederii în

*Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila", Bulevardul Eroii Sanitari 8, Bucureşti, 050474; e-mail: adela.ciobanu@yahoo.com.

partener, funcționarea nesatisfăcătoare a familiei (Goodyer *et al.*, 1997), precum și de izolarea socială sau de starea de celibat (Sakado *et al.*, 1999).

Pacienții diagnosticați cu depresie majoră, cu o tulburare de anxietate coexistentă, raportează disfuncții sociale importante precum tendința de izolare socială, numărul mic de confidenți, precum și faptul că locuiesc singuri (Bronisch, Hecht, 1990).

Și în cadrul altor studii, tulburările psihosociale crescute, mai precis o funcționare socială nesatisfăcătoare, au fost asociate cu recurența semnificativă ulterioară de depresie majoră (Solomon *et al.*, 2004). De asemenea, satisfacția socială scăzută, tulburările de personalitate, depresiile recurente ale pacienților depresivi au stabilit o corelație înaltă cu remiterea dificilă a simptomatologiei depresive (Ezquiaga, 1999), ceea ce a atras atenția asupra luării în considerare a variabilelor sociale și de personalitate atunci când se stabilește tratamentul pacienților cu tulburare depresivă.

În același timp, au existat cercetări care au evidențiat faptul că readaptarea pacientului depresiv anterior spitalizat, la mediul social și la cel familial, precum și reducerea numărului evenimentelor de viață nefavorabile pe care trebuie să le depășească, se asociază cu un prognostic mai bun de remitere a simptomatologiei depresive (Keitner, 1997). Cu alte cuvinte, cursul pe termen lung al bolii depinde atât de readaptarea comunitară a pacientului, cât și de reducerea stresorilor psihosociali susceptibili să întrețină psihopatologia depresivă.

Recurența depresiei este prezisă atât de durata și numărul episoadelor depresive anterioare, de stresorii psihosociali care au acționat asupra persoanei în cauză, în copilăria acesteia, cât și de stresorii actuali. Un studiu realizat pe 323 de pacienți depresivi (Riise și Lund, 2001) a înfățișat un model complex al factorilor sociali care pot crește riscul de recădere în depresie, printre aceștia numărându-se problemele emoționale și de abuz din copilărie, sexul feminin, izolarea socială și atitudinea negativă față de propria persoană.

S-a mai demonstrat că fobia socială precede debutul depresiei la adolescenți, iar cele două tulburări sunt comorbide (Väänänen, 2011). Pacienții cu fobie socială comorbidă depresiei obțin scoruri mai mari la chestionarele psihologice privind atitudinile disfuncționale, precum și scoruri mai mici la dimensiunile de autoafirmare (Reiter *et al.*, 1991).

În cazul bărbaților, predictorii depresiei majore, relevați în studiile de gen, au fost: problemele de sănătate neonatale, dependența emoțională, lipsa percepută de popularitate în perioada școlarității, relațiile familiale sărace, recăsătorirea unui părinte, climatul familial tensionat (discordia familială) și anxietatea survenită în jurul vârstei de 15 ani, a relevat un studiu întreprins pe 385 de subiecți (Reinhertz *et al.*, 1993).

În cazul femeilor, au crescut semnificativ riscul de depresie majoră următorii factori: nepopularitatea percepută, stima de sine scăzută, percepțiile deficitare ale rolului lor în cadrul familiei, moartea părinților și pierderea unei sarcini (idem).

Redăm, în acest context, și alte perspective interesante asupra factorilor psihosociali ai depresiei:

- Dezechilibrul între efortul depus la locul de muncă și recompensa obținută de angajat s-a relevat, la rândul său, ca un predictor psihosocial al depresiei, în cazul salariaților din trei țări ale Europei Centrale și de Est, respectiv Rusia, Republica Cehă și Polonia (Pikhart, 2004);
- Evenimentele traumatice externe, precum atentatele teroriste din America, au fost declarate susceptibile de a declanșa depresie, au relevat datele Studiului Național de Sănătate a Adolescentului (Wang și Yang, 2013). Comparându-se simptomele depresive identificate în rândul adolescenților înaintea acestor atacuri, cu cele post-atacuri, s-a constatat o creștere semnificativă și bruscă a simptomelor de depresie (variația exogenă a depresiei induse);
- Consumul excesiv de alcool poate antrena o depresie asociată, soldată cu suicid, iar magnitudinea consumului depinde de poziția socioeconomică a consumatorului, a arătat un studiu întreprins în Finlanda (Moustgaard, 2013). Astfel, riscul de consum excesiv este prezent mai ales în rândul indivizilor cu poziții socioeconomice inferioare și al șomerilor;
- Există o legătură între gradul de severitate a depresiei și factorii socioculturali, precum stigmatizarea individului sau lipsa unei locuințe adecvate (Valter și Thomas, 2009), ceea ce reclamă necesitatea înțelegerii bolilor mintale și prin perspectiva unor asemenea factori predispozanți;
- Utilizarea rețelelor media sociale în timpul sarcinii, frecvența contactelor cu rudele și cu prietenii, mersul la biserică sau desfășurarea unor activități vocaționale au redus riscul de a dezvolta depresie în timpul sarcinii (Spoozak *et al.*, 2009).

ETIOLOGIA PSIHOSOCIALĂ A DEPRESIEI COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI

O parte importantă a studiilor vizând factorii psihosociali care acționează în depresie s-a axat pe identificarea acestor stresori la copiii și adolescenții pentru care tulburările de dispoziție au avut un debut precoce. Pe de altă parte, a fost examinată legătura dintre stresorii psihosociali din copilărie și depresia viitorului adult. Sintetizăm, în continuare, câteva din concluziile acestor studii:

- Constelațiile de stresori psihosociali care acționează în depresia, respectiv în distimia adolescenților sunt sensibil diferite, deși simptomele emoționale ale pacienților sunt similare (Flament et al., 2001). Astfel, experiențele de pierderi suferite de pacienți în ultimele 12 luni au fost asociate cu ambele forme de tulburări afective, în timp ce relațiile familiale sărace au corelat mai mult cu distimia, decât cu depresia;
- Abordarea etiologiei depresiei copilului și adolescentului este un demers interdisciplinar, neuro-social, având în vedere faptul că debutul timpuriu al depresiei poate avea consecințe grave de dezvoltare și funcționale (Miller, 2007). Astfel, în definirea depresiei clinice la aceste categorii de vârstă trebuie luate în considerare atât aspectele neurobiologice ale tulburării de

dispoziție cu debut precoce, cât și sensibilitatea la stres, deficiențele de atenție și sincopele de dezvoltare (idem);

- Tabloul riscurilor psihosociale, în cazul adolescenților care dezvoltă depresie majoră, este în mare parte similar cu cel al adolescenților care consumă substanțe interzise, însă există și o serie de factori psihosociali specifici care acționează în cazul celor două tulburări. Factorii specifici pentru depresie majoră, identificați într-un studiu de gen (Lewhinson *et al.*, 1995), au fost: stresul determinat de evenimente majore sau minore, dependența emoțională, simptomele unor boli somatice, istoricul de tentative de suicid și un episod de depresie sau de anxietate în antecedente. Factorii de risc specifici pentru consumul de substanțe au fost: consumul de tutun, dificultățile academice și un episod trecut de consum de substanțe. Factorii comuni pentru depresie majoră și consum de substanțe au fost: simptomele de depresie actuale, internalizarea și externalizarea problemelor de comportament, abilitățile deficitare de coping, conflictele interpersonale și conflictele cu părinții, insatisfacția din cauza notelor școlare. Studiile de acest tip permit identificarea adolescenților cu risc crescut pentru depresie majoră sau pentru consum de substanțe interzise, precum și proiectarea intervențiilor preventive specifice;
- Statutul socioeconomic scăzut și conflictele familiale au fost legate de un risc crescut de a dezvolta depresie majoră la vârsta adultă, în timp ce abandonul școlar s-a relevat ca un predictor semnificativ statistic de debut al tulburărilor cu privire la uzul substanțelor interzise (Green *et al.*, 2012);
- Stilul parental matern disfuncțional, mai precis îngrijirea scăzută acordată copilului, crește riscul de depresie majoră în viața adultă de patru ori, a relevat un studiu întreprins pe 65 de femei diagnosticate cu depresie majoră (Oakley-Browne *et al.*, 1995);
- Nivelurile scăzute de îngrijire părintească în copilărie pot fi un predictor independent de un răspuns slab la tratament adecvat cu antidepresive (Sakado *et al.*, 1999).

VULNERABILITATE-STRES. CATEGORII DE STRESORI

Metodologia investigațiilor cu privire la etiologia psihosocială a depresiei s-a bazat mai ales pe teoria vulnerabilitate-stres. Conform acesteia, stresorii psihosociali, alături de cei genetici, biologici și de mediu pot determina creșterea vulnerabilității persoanei la bolile psihice (Kaplan și Sadock, 2001). Avansată inițial sub această expresie de către Zubin (1977), pentru schizofrenie, teoria vulnerabilitate-stres s-a impus în cazul majorității stărilor psihopatologice, de la tulburarea afectivă (unipolară și bipolară), până la cea anxioasă, de la suicid și alcoolism până la psihopatii etc. (Zuckerman, 1998).

Vulnerabilitatea unei persoane pentru tulburări (boli, decompensări) psihice se constituie de-a lungul biografiei acesteia, prin cumularea și conjuncția unor factori intrinseci și extrinseci, care țin de organism, de mediul social al individului, de spațiul său cultural etc. Vulnerabilitatea poate să fie mai mare sau mai mică de-a lungul vieții, mergând de la vulnerabilitate extremă până la non-vulnerabilitate.

O persoană vulnerabilă ajunge la tulburări patologice, somatice sau psihice, ca urmare a acțiunii stresorilor. Situațiile nefavorabile pot fi induse de însuși subiect, prin proiectele și inițiativele sale (Lăzărescu, 2000).

Există un raport invers proporțional între vulnerabilitate și factorii stresori. În cazul unei vulnerabilități mici, decompensarea (episodul de boală) apare la un factor de stres important, însă în cazul unei vulnerabilități mari decompensarea apare la un factor de stres minor. Chiar în prezența unei vulnerabilități mai mari, prezența factorilor protectori (sănătate fizică, rețea de suport social, sens existențial clar definit, satisfacții oferite de la viață) poate împiedica decompensarea. După fiecare episod de decompensare, subiectul rămâne sensibil/vulnerabil la stresori cu intensități tot mai mici.

În declanșarea bolilor psihice, stresul este unul dintre cei mai puternici factori de risc. Se afirmă că stresul a apărut odată cu omul și îl însoțește pretutindeni. Stresul psihic are la bază factori comportamentali și sociali (Cojocaru și Cojocaru, 2009). Răspunsurile funcționale la stres pot fi grupate în următoarele categorii:

- Răspunsuri ale neurotransmițătorilor – creșterea sintezei cerebrale de noradrenalină, creșterea turnover-ului serotoninei, creșterea transmisiei dopaminergice;
- Răspunsuri endocrine – stimularea cortizolului suprarenal de către hormonul adrenocorticotrop (ACTH), descreșterea testosteronului (în stresul prelungit); descreșterea hormonului tiroidian;
- Răspunsuri imunitare – activarea imunitară, care apare prin eliberarea de factori imunitari hormonali (citokine), în stresul acut; scăderea numărului și activității celulelor killer naturale, în stresul cronic (Kaplan și Sadock, 2001).

Evenimentele de viață stresante precedă adeseori primele episoade ale tulburărilor de dispoziție. Ele pot determina modificări neuronale permanente, care predispun persoana la episoade ulterioare ale tulburării dispoziției (idem).

Printre evenimentele de viață stresante se pot număra: eșecurile, frustrările, atmosfera psihologică nefavorabilă, stările conflictuale, alterarea bioritmurilor, solicitările intense, munca în exces, pierderea neprevăzută a unor sume mari de bani, retrogradările profesionale neașteptate. Toate acestea pot conduce la decompensări psihice de diferite intensități. Eșecul existențial rezultă din neîmplinirea unui proiect de viață sau afectiv; poate fi vorba despre o nereușită la un examen de promovare, de neîmplinirea în dragoste sau într-o relație de prietenie. Frustrările (insatisfacțiile) sunt stresori negativi care indică nesatisfacerea unor nevoi (sexuale, alimentare, sufletești, de intimitate, de a-i controla pe alții, de valorizare personală, de acțiune, de respect). Atmosfera psihologică nefavorabilă reprezintă o ambianță nesigură, tensionată, în care individul are sentimentul unui pericol permanent. Conflictul cu o altă persoană sau cu sine însuși, conduce, la rândul său, la o tensionare a individului, așa cum solicitările intense, prelungite, determină oboseală și epuizare (Voinea, 2007/2008).

În categoria stresorilor traumatici extremi sunt incluse următoarele evenimente/împrejurări: asistarea la moartea unei persoane sau la ameninţarea cu moartea; vătămarea serioasă sau ameninţarea integrităţii corporale a unei persoane; aflarea despre moartea violentă sau neaşteptată, despre vătămarea serioasă sau despre ameninţarea cu moartea; vătămarea suferită de un membru al familiei; lupta armată; atacul personal violent (atacul sexual, atacul corporal, prădarea, atacul banditesc); a fi răpit sau a fi luat ostatec; atacul terorist, tortura; încarcerarea ca prizonier de război sau într-un lagăr de concentrare; dezastrele naturale sau cele provocate de om (cutremure, tornade, tsunami, inundaţii, incendii); accidentele grave de automobil; diagnosticul unei maladii grave; evenimentele traumatice sexuale (violul); vederea inopinantă a unui cadavru sau a unei părţi de cadavru (APA 2000).

În clasificarea multiaxială a DSM IV (axa IV), problemele psihosociale sau de mediu (care influenţează diagnosticul, tratamentul şi prognosticul tulburărilor mintale de pe axele I şi II) trebuie luate în considerare în planul global de tratament. DSM IV menţionează mai multe categorii de astfel de probleme, printre care se numără: *problemele cu grupul de suport primar* (moartea unui membru al familiei, problemele de sănătate în familie, destrămarea familiei prin separare, divorţ sau înstrăinare, plecarea de acasă, recăsătorirea unui părinte; abuzul sexual sau fizic, hiperprotecţia parentală, neglijarea copilului, disciplină inadecvată, discordia cu fraţii, apariţia unui frate); *problemele în legătură cu mediul social* (moartea sau pierderea unui amic, suportul social inadecvat, a trăi singur, dificultăţile de aculturaţie, discriminarea, adaptarea la o altă etapă de viaţă/pensionarea); *problemele educaţionale* (analfabetism, probleme şcolare, neînţelegeri cu cadrele didactice sau cu covârstnicii); *problemele profesionale* (şomajul, ameninţarea cu pierderea locului de muncă, orarul de lucru stresant, condiţiile de lucru dificile, insatisfacţia profesională, schimbarea profesiei, neînţelegerea cu patronul sau cu colegii de serviciu, problemele cu locuinţa – de pildă, lipsa locuinţei, locuinţă necorespunzătoare, vecinătate periculoasă, neînţelegeri cu vecinii sau cu proprietarul); *problemele economice* – de exemplu pauperitatea extremă, finanţele insuficiente, ajutorul social insuficient; *problemele cu accesul la serviciile de asistenţă medicală*; *problemele în legătură cu interacţiunea cu sistemul legal/penal* – arest, închisoare, litigiu, victimă a unei infracţiuni; *alte probleme psihosociale şi de mediu* – expunerea la un dezastru/război, alte ostilităţi, neînţelegere cu curatorii (persoanele care se ocupă de individ), inaccesibilitatea agenţiilor de servicii sociale (APA 2000).

În acest context trebuie să menţionăm şi că ultima versiune a clasificării internaţionale a bolilor (ICD-10, 1998) are un capitol special (F) dedicat „tulburărilor psihice şi comportamentale". În spiritul acoperirii interfeţei dintre tulburarea psihică clinică şi normalitatea înţeleasă în sens larg, sistemul ICD-10 introduce codurile suplimentare Z în cadrul cărora pot fi identificate şi evidenţiate prin codare situaţii umane precum: Z55 = Probleme legate de educaţie şi învăţământ; Z56 = Probleme legate de serviciu şi şomaj; Z59 = Probleme legate de circumstanţe domestice şi economice; Z60 = Probleme legate de mediul social; Z61 = Probleme legate de evenimente negative de viaţă, din copilărie; Z62 = Alte probleme legate de educaţie; Z63 = Alte probleme legate de grupul de suport primar, incluzând circumstanţe familiale; Z72 = Probleme legate de stilul de viaţă; Z73 = Probleme legate de dificultăţi de management al propriei vieţi.

STUDIU CLINIC: DETERMINAREA STRESORILOR PSIHOSOCIALI ÎN CAZUL UNUI LOT DE PACIENŢI PSIHIATRICI

În vederea identificării stresorilor psihosociali care intervin în tulburările psihice, am realizat, în perioada 2006-2011, un studiu clinic longitudinal, retrospectiv, pe 100 de pacienţi psihiatrici (52 bărbaţi şi 48 femei), internaţi în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Profesor dr. Al. Obregia" din Bucureşti.

Au fost analizaţi factorii sociali (stresori) menţionaţi la capitolele *Condiţii de viaţă şi mediu* şi *Consumul de substanţe psihoactive*, precum şi factorii stresori notaţi pe *axa IV* a DSM. Toţi participanţii la studiu sau reprezentanţii lor legali au citit şi au fost de acord cu consimţământul informat prezent în foile de observaţie. Au fost respectate, totodată, condiţiile Declaraţiei de la Helsinki.

Din cei 100 pacienţi cuprinşi în studiu, 32 au fost diagnosticaţi cu tulburare afectivă (unipolară sau bipolară), 16 cu diferite tipuri de nevroze, 16 cu tulburări psihice organice (inclusiv demenţe), 15 cu diferite toxicodependenţe (inclusiv alcoolism), 11 – cu tulburări de personalitate şi 10 – cu diferite tipuri de schizofrenie.

Pacienţii din lotul studiat au avut vârste cuprinse între 18 si 67 de ani.

Distribuţia pe grupe de vârstă a lotului studiat a fost următoarea: 18 pacienţi din grupa de vârstă 18-29 ani; 26 pacienţi din grupa de vârstă 30-39 ani; 39 pacienţi din grupa de vârstă 40-49 ani, 17 pacienţi – peste 50 de ani.

Rezultate

Analiza pe genuri a relevat, în cazul sublotului femeilor investigate, următorii stresori psihosociali, menţionaţi în ordinea descrescătoare a frecvenţei lor:

- lipsa unui partener de viaţă;
- divorţul;
- o problemă de sănătate a unuia dintre copii sau a soţului;
- un soţ alcoolic sau violent;
- pierderea locului de muncă;
- o boală somatică gravă.

În cazul sublotului masculin, ierarhia descrescătoare a frecvenţei stresorilor a fost diferită:

- pierderea locului de muncă;
- şomajul;
- mediu de muncă stresant, suprasolicitant, în ture de noapte;
- divorţul;
- o boală somatică gravă.

Factorii psihosociali care au acționat, singuri sau cumulativ, în cazul pacienților psihiatrici din **grupa de vârstă 18-29 de ani**, au fost:

- traumele psihice majore suferite în copilărie sau adolescență (27,77% din pacienți);
- divorțul sau separarea de persoana iubită (33,33% din pacienți);
- pierderea unor examene (5,55% din pacienți);
- decesul unei persoane apropiate (5,55% din pacienți);
- lipsa unui loc de muncă (11,11% din pacienți);
- relațiile tensionate în familie (33,33% din pacienți);
- lipsa unei locuințe (11,11% din pacienți).

Din punctul de vedere al diagnosticului psihiatric, la această grupă de vârstă au predominat: debutul unor boli psihice grave precum schizofrenia, episoadele psihotice acute – tranzitorii, episoadele depresive severe cu tentative de suicid, atacurile de panică și tulburările severe de comportament.

Traumele psihice majore suferite în copilărie sau în adolescență de acești pacienți au fost: agresiunile fizice, psihice sau sexuale, decesul unuia sau al ambilor părinți, divorțul părinților, un părinte alcoolic, un părinte diagnosticat cu o boală somatică gravă.

Stresori psihosociali identificați la **grupa de vârstă 30-39 de ani**, care au acționat singuri sau cumulativ, au fost:

- munca în exces, cu absența unor perioade de odihnă (38,46% din pacienți);
- divorțul (26,92% din pacienți);
- absența locului de muncă sau locul de muncă instabil (31,03% din pacienți);
- un soț alcoolic sau violent (20,68% din pacienți).

În cazul **grupei de vârstă 40-49 de ani**, cei mai mulți stresori psihosociali, care au acționat singuri sau cumulativ, au fost din domeniul ocupațional:

- lipsa unui loc de muncă (46,15% din pacienți);
- divorțul (28,20% din pacienți);
- șomajul (25,64% din pacienți);
- riscul de pierdere a locului de muncă (12,82% din pacienți);
- dignosticarea unei boli somatice grave (12,82% din pacienți);
- decesul unei persoane apropiate (10,25% din pacienți);
- lucrul în condiții de muncă grele (pe timp de noapte, cu inversarea ritmului circadian somn-veghe).

În cazul pacienților **cu vârste de peste 50 de ani**, principalii stresori psihosociali au fost:

- pierderea partenerului de viață (29,41% din pacienți);
- decesul unui copil (11,76% din pacienți);
- tulburări somatice grave (64,70% din pacienți);
- șomajul sau pierderea locului de muncă (82,35% din pacienți);
- neînțelegeri cu copiii sau cu partenerul de viață (35,29% din pacienți);
- unul sau ambii părinți în grijă și diagnosticați cu maladii severe – AVC cu tulburări motorii, demențe de diferite tipuri (17,64% din pacienți).

CONCLUZII

Studiul nostru a mai relevat un număr semnificativ crescut de stresori psihosociali la pacienții cu un istoric vechi de boală psihică. Cu cât boala a fost mai veche, cu atât numărul stresorilor a fost mai mare. Există, aşadar, o relație direct proporțională între vechimea bolii şi numărul factorilor stresori care acționează asupra aceluiaşi individ. Această acțiune concertată determină, pe de o parte, creşterea vulnerabilității pacientului (evidențiată atât prin creşterea numărului de recăderi pe parcursul ultimului an de evoluție a tulburării, cât şi prin rezistența la terapie), iar pe de alta – cronicizarea bolii. Cu alte cuvinte, stresorii psihosociali intervin nu numai în declanşarea bolilor psihice, ci şi în recăderile apărute de-a lungul vieții, înrăutățind prognosticul de remisiune.

La circa 12% dintre pacienții internați cu depresie a existat şi o tentativă de suicid. Cele mai frecvente cauze ale tentativei de suicid au fost divorțul la femei şi şomajul la bărbați.

Pe de altă parte, studiul nostru a evidențiat că stresorii psihosociali majori care acționează în perioada copilăriei şi adolescenței pot declanşa boli psihice grave în cazul viitorului adult. Printre aceşti stresori majori se numără: agresiunile fizice, psihice sau sexuale; decesul unuia sau al ambilor părinți; divorțul părinților; prezența în familie a unui părinte alcoolic sau a unui părinte diagnosticat cu o boală somatică gravă.

În ceea ce priveşte acțiunea diferită, pe genuri, a stresorilor psihosociali, am remarcat că la femei aceştia au fost legați mai mult de statutul marital şi de problemele de viață ale copiilor, abia apoi urmând în ierarhia frecvenței pierderea locului de muncă şi diagnosticarea cu o boală somatică gravă. La bărbați în schimb, stresorii psihosociali cei mai puternici au fost cei legați de locul de muncă, urmați apoi de divorț şi de diagnosticarea cu o boală somatică gravă.

Tablourile diferite ale stresorilor psihosociali, pe cele patru grupe de vârstă, au fost concordante cu evoluțiile biologice stadiale, profesional-ocupaționale şi familiale ale pacienților investigați. Dacă la vârstele tinere s-au impus ca stresori psihosociali majori pierderea unor examene, separarea de persoana iubită sau lipsa locuinței, la maturitate primele locuri în ierarhia stresorilor au fost adjudecate de munca în exces, de divorț şi conflictele familiale aparent insurmontabile. Îngrijorările cu privire la locul de muncă, la bolile somatice grave, precum şi pierderea unor persoane apropiate au devenit stresori din ce în ce mai puternici pentru pacienți, pe măsură ce aceştia s-au apropiat de vârsta de 50 de ani, pentru ca, după această vârstă, pierderea partenerului de viață, problemele copiilor sau ale propriilor părinți şi bolile somatice să acționeze ca surse majore de stres.

BIBLIOGRAFIE

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington D.C., 2000 (4th ed.).
2. BRONISCH, T., HECHT, H., *Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: social dysfunction, social integration, and personality features*, Journal of Affective Disorders, **20**, 3, 1990, p. 151-157.

3. COJOCARU, M. şi COJOCARU I. M., *Stres and Imunity*, Infomedica, **149,** 3, 2009.
4. DORZ, S., BORGHERINI, G., COGNOLATO, S., CONFORTI, D. *et al.*, *Social adjustment in in-patients with affective disorders: predictive factors*, Journal of Affective Disorders, **70**, *1*, 2002, p. 49-56.
5. EZQUIAGA, E., GARCÍA, A., PALLARÉS, T., BRAVO, M. F., *Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study*, Journal of Affective Disorders, **52**, *1-3*, 1999, p. 209-216.
6. FLAMENT, M. F., COHEN, D., CHOQUET, M., JEAMMET, P., LEDOUX, S., *Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **40**, *9*, 2001, p. 1070-1078.
7. GOODYER, I. M., HERBERT, J., TAMPLIN, A., SECHER, S. S., PEARSON, J., *Short-term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **36**, *4*, 1997, p. 474-480.
8. GREEN, K. M., ZEBRAK, K. A., FOTHERGILL, K. E., ROBERTSON, J. A., ENSMINGER, M. E., *Childhood and adolescent risk factors for comorbid depression and substance use disorders in adulthood*, Addictive Behaviors, **37**, *11*, 2012, p. 1240-1247.
9. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J, *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry* (Ediția a treia), Lippincott Williams & Wilkins, Editura Medicală, *8*, 2001, p. 139-160.
10. KEITNER, G. I., RYAN, C. E., MILLER, I. W., ZLOTNICK, C., *Psychosocial factors and the long-term course of major depression*, Journal of Affective Disorders, **44**, *1*, 1997, p. 57-67.
11. LĂZĂRESCU, M., *Anormalitate vs. boală psihică din perspectiva teoriei vulnerabilității*, Revista română de psihiatrie, *2-3*, 2000.
12. LEWINSOHN, P. M., GOTLIB, I. H., SEELEY, J. R., *Adolescent Psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **34**, *9*, 1995, p. 1221-1229.
13. MILLER, A., *Social neuroscience of child and adolescent depression*, Brain and Cognition, **65**, *1*, 2007, p. 47-68.
14. MOUSTGAARD, H., JOUTSENNIEMI, K., SIHVO, S., MARTIKAINEN, P., *Alcohol-related deaths and social factors in depression mortality: a register-based follow-up of depressed in-patients and antidepressant users in Finland*, Journal of Affective Disorders, **148**, *2-3*, 2013, p. 278-285.
15. OAKLEY-BROWNE, M. A., JOYCE, P. R., WELLS, J. E., BUSHNELL, J. A., HORNBLOW, A. R., *Adverse parenting and other childhood experience as risk factors for depression in women aged 18–44 years*, Journal of Affective Disorders, **34**, *1*, 1995, p. 13-23.
16. PIKHART, H., BOBAK, M., PAJAK, A., MALYUTINA, S. *et al.*, *Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe*, Social Science & Medicine, **58**, *8*, 2004, p. 1475-1482.
17. REINHERZ, H. Z., GIACONIA, R. M., PAKIZ, B., SILVERMAN, A. B., FROST, A. K., LEFKOWITZ, E. S., *Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **32**, *6*, 1993, p. 1155-1163.
18. REITER, S. R., OTTO, M. W., POLLACK, M. H., ROSENBAUM, J. F., *Major depression in panic disorder patients with comorbid social phobia*, Journal of Affective Disorders, **22**, *3*, 1991, p. 171-177.
19. RIISE, T., LUND, L., *Prognostic factors in major depression: A long-term follow-up study of 323 patients*, Journal of Affective Disorders, **65**, *3*, 2001, p. 297-306.
20. SAKADO, K., SATO, T., UEHARA, T., SAKADO, M., SOMEYA, T., *Perceived parenting pattern and response to antidepressants in patients with major depression*, Journal of Affective Disorders, **52**, *1-3*, 1999, p. 59-66.
21. SPOOZAK, L., NATHAN GOTMAN, N., MEGAN V. SMITH, M. V. *et al.*, *Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy*, Journal of Affective Disorders, **114**, *1-3*, 2009, p. 216-223.
22. SOLOMON, D. A., LEON, A. C., ENDICOTT, J., MUELLER, T. I. *et al.*, *Psychosocial impairment and recurrence of major depression*, Comprehensive Psychiatry, **45**, *6*, 2004, p. 423-430.
23. VÄÄNÄNEN, J.-M., FRÖJD, S., RANTA, K., MARTTUNEN, M., *et al.*, *Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence*, Journal of Affective Disorders, **133**, *1-2*, 2011, p. 97-104.
24. VOINEA, M., *Sociologie medicală*, București, Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Master – Managementul Sistemului de Sănătate, 2007/2008.
25. WALTER, M., THOMAS, G., *Dépressions sévères: facteurs culturels et sociaux*, L'Encéphale, **35**, *Suppl. 7*, 2009, p. S286-S290.
26. WANG, Y., YANG, M., *Crisis-induced depression, physical activity and dietary intake among young adults: Evidence from the 9/11 terrorist attacks*, Economics & Human Biology, **11**, *2*, 2013, p. 206-220.
27. ZUBIN, J., SPRING, B., *Vulnerability – a new view of schizophrenia*, Journ. Abnorm. Psychol., *88*, 1997, p. 103-126.
28. ZUCKERMAN, M., *Vulnerability to psychopathology*, Washington, Library of Congress, 1999.

Capitolul 4

PERSPECTIVA BIOPSIHOSOCIALĂ ASUPRA DEPRESIEI

ANDRA BOLOHAN*

Depresia este una dintre cele mai frecvente tulburări psihice, cu o incidență crescătoare în rândurile tinerilor şi ale vârstnicilor. Studiile epidemiologice arată că prevalența maximă a depresiei (supranumită şi „guturaiul psihiatriei" – Seligman, apud Holdevici, 2005) variază între 11% pentru bărbați şi 22% pentru femei. Pe lângă suferința psihologică marcantă pe care o provoacă, tulburarea depresivă este asociată în primul rând cu pierderea de vieți omeneşti (un „deces evitabil", prin sinucidere, se produce la circa 2,2% dintre pacienți – Fontaine, 2008), iar în al doilea rând – cu costuri economice importante, cauzate de scăderea productivității muncii persoanelor depresive şi de creşterea cheltuielilor cu tratamentele medicale. Frecvența crescută a depresiei, precum şi riscul complicațiilor majore ale acesteia au suscitat interesul cercetătorilor în identificarea posibilelor modele teoretice care să explice complexitatea acestei tulburări. Cele mai multe teorii au evidențiat prezența factorilor biologici şi a cauzelor psihosociale responsabile de apariția depresiei.

DATE GENERALE

Riscul apariției unui episod depresiv major, pe durata vieții, este de până la 25% pentru femei şi de 12% pentru bărbați. În țările vestice, rata depresiei este de 2 la 1 în favoarea femeilor (Brown şi Harris, apud Holdevici, 2005).

O problemă importantă, atât din punct de vedere clinic, cât şi din perspectiva educației medicale a populației, este aceea că o mare parte din persoanele depresive nu caută ajutor şi nici nu primeşte tratament specializat. Ca urmare, statisticile arată că doar aproximativ 20-30% dintre depresivi sunt tratați.

Privită din perspectiva resurselor medicale alocate şi a scăderii capacității de muncă pe care o induce, depresia ocupă locul doi în lume după boala cardiacă cronică (*idem*).

În cazul administrării unui tratament, durata unui episod depresiv este de aproximativ 3 luni. Netratat, episodul depresiv poate dura 6-13 luni. În majoritatea cazurilor, cu un tratament adecvat, se produce o remisie completă a simptomelor; episoadele izolate sunt separate de un interval de timp mai lung lipsit de simptome, iar persoanele cu această tulburare se întorc la nivelul lor anterior de funcționare. Literatura de specialitate menționează însă şi un procent de 20-30% de cazuri de remisie parțială, în care simptomele depresive persistă timp de luni sau chiar ani de zile, fără a îndeplini criteriile complete pentru un diagnostic de depresie majoră. Riscul de revenire a depresiei creşte considerabil dacă persoana suferă de distimie, abuz de alcool sau droguri sau dacă prezintă simptome anxioase şi istoric de episoade depresive (*ibidem*).

* Institutul de Filosofie şi Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru", Departamentul de Psihologie, Calea 13 Septembrie nr. 13, sector 5, Bucureşti; e-mail: andra_bolohan@yahoo.com.

SIMPTOMATOLOGIA DEPRESIEI

Depresia este o tulburare afectivă caracterizată prin modificări ale dispoziției şi afectivității, fiind asociată cu simptome care se întâlnesc în următoarele arii ale funcționării umane (Gilbert, 2011):

- palierul emoțional: dispoziție depresivă, sentimente de tristețe, de goliciune interioară, sentimente de furie, de vină, anxietate, diminuarea marcată a interesului şi a plăcerii pentru diverse activități, chiar şi pentru activități vesele şi hobby-uri;
- palierul motivațional: lipsa interesului şi a energiei, apatie;
- palierul cognitiv: ideație suicidară, diminuarea capacității de a gândi, tulburări de atenție şi de memorie, gânduri şi ruminații triste şi pesimiste despre sine, viață şi lume, gânduri recurente de moarte;
- palierul comportamental: în general, persoanele depresive prezintă o retragere din viața socială şi se izolează, fără să caute ajutor din partea celorlalți. Există şi persoane care prezintă agitație psihomotorie, neliniște;
- palierul biologic: tulburări de somn de tipul insomniei sau al hipersomniei, modificări ale apetitului alimentar, care conduc la o pierdere semnificativă în greutate sau, dimpotrivă, determină câştig ponderal, precum şi pierderea apetitului şi a interesului pentru sex.

FACTORII DE RISC ŞI CAUZELE DEPRESIEI

Prezența anumitor factori poate creşte probabilitatea de apariție a depresiei. Dintre aceştia cei mai frecvent întâlniți sunt: episoadele anterioare de depresie; istoricul familial de boală depresivă (care creşte riscul dezvoltării unor episoade depresive ulterioare); tentativele anterioare de suicid; sexul feminin; vârsta de debut sub 40 de ani; perioada postpartum; comorbiditățile medicale; lipsa suportului social; evenimentele stresante de viață; consumul regulat de alcool şi medicamente (Tudose, Tudose şi Dobranici, 2002).

Weisman (apud Holdevici, 2005) arată că există multiple cauze care pot declanşa o depresie. Acestea pot fi: tulburări la nivelul neurotransmițătorilor; istoric de tulburări depresive sau de alcoolism în familie; pierderea unui părinte; neglijarea individului în copilăria timpurie; evenimentele de viață negative; un partener ostil şi/sau critic; lipsa unei relații intime; absența unui suport social; lipsa

stimei de sine (manifestată pe termen lung). Cercetările şi experienţa clinică au arătat că la baza declanşării tulburării depresive se află o combinaţie de factori genetici, psihologici şi de mediu. Studiile efectuate în domeniul depresiei s-au axat preponderent pe identificarea unor factori biologici şi a unor cauze de natură psihosocială, cu responsabilitate în declanşarea bolii.

PERSPECTIVA BIOLOGICĂ

Cercetările privind rolul factorilor biologici au urmărit să pună în evidenţă modificări în transmiterea unor neurotransmiţători la nivelul creierului. Pe baza numeroaselor studii biochimice efectuate, s-au dezvoltat mai multe teorii prin care s-a relevat rolul unor neurotransmiţători în declanşarea depresiei (serotonina, noradrenalina, acetilcolina, dopamina etc.), mecanismul serotoninergic fiind considerat cel mai important. Pornind de la ipoteza depresiei serotoninergice emisă de Van Praag (1996), studiile efectuate până în prezent au pus accentul pe importanţa dezechilibrului raportului dintre serotonină şi acetilcolină. Aceşti neurotransmiţători implicaţi în depresie influenţează atât capacitatea de a simţi emoţii pozitive de tipul bucuriei şi plăcerii, cât şi capacitatea de a dezvolta o serie de emoţii negative, precum anxietatea, furia, vina.

O altă direcţie a cercetărilor medicale a pornit de la domeniul imagisticii, prin utilizarea rezonanţei magnetice nucleare în cazul bolnavilor depresivi. Imaginile obţinute au arătat prezenţa unor anomalii structurale la nivel cerebral. Modificările înregistrate au fost la nivelul regiunilor subcorticale, cu preponderenţă în aria periventriculară, talamus şi corpii striaţi. Alte studii imagistice, folosind de această dată tomografia cu emisie de pozitroni, au evidenţiat o hipofrontalitate preponderent stângă, alături de o creştere a metabolismului glucidic în anumite zone limbice.

Un alt domeniu de interes în studiul depresiei, din perspectivă biologică, a fost cel genetic. Studiile epidemiologice au demonstrat că depresia majoră are un caracter familial, fiind de 1,5-3 ori mai frecventă în rândul rudelor de gradul I ale persoanelor depresive. În cazul persoanelor cu episoade depresive majore, recidivante, factorii genetici s-au dovedit ca jucând un rol foarte important. De asemenea, pacienţii care dezvoltă tulburări depresive majore sub vârsta de 20 de ani au o mai mare morbiditate familială pentru depresie (Goodwin şi Jamsisan, apud Tudose, 2002).

PERSPECTIVA PSIHOSOCIALĂ

Perspectiva psihosocială asupra depresiei are în vedere modele explicative psihodinamice şi cognitiv-comportamentale. Ea pune accent pe rolul evenimentelor de viaţă stresante în declanşarea depresiei (divorţ, separare, văduvie, pierderea unui părinte înainte de vârsta de 11 ani etc.). Adeseori, astfel de evenimente stresante preced primele episoade ale tulburărilor depresive şi cauzează modificări neuronale permanente, care predispun persoanele în cauză la episoade depresive ulterioare.

Abordările psihodinamice pentru înţelegerea depresiei admit astăzi că tulburările afective sunt puternic influenţate de factori genetici şi biologici. „În prezent, se consideră că etiologia depresiei unipolare este cu aproximaţie 40% genetică şi 60% legată de mediu" (Nemeroff, apud Gabbard, 2005).

Studiile efectuate de Kendler şi colaboratorii (*idem*) au arătat că unii dintre cei mai puternici stresori care pot declanşa o depresie sunt: moartea unei rude apropiate, agresiunile, problemele conjugale serioase şi divorţul/separarea. De asemenea, există dovezi că experienţele timpurii de abuz, neglijare sau separare pot crea o sensibilitate neurobiologică a individului. Această sensibilitate ar predispune persoana în cauză să răspundă la stresori prin declanşarea unui episod depresiv major.

Prima încercare de explicare psihanalitică a depresiei i-a aparţinut lui Sigmund Freud, în lucrarea sa „Doliu şi melancolie". Acesta a susţinut că o pierdere la o vârstă fragedă creează o vulnerabilitate care predispune la depresie în viaţa adultă. Punctul de vedere al lui Freud a fost împărtăşit ulterior şi de alţi autori. Agid şi colab. (Gabbard, 2005) au arătat că pierderea unui părinte, datorată morţii acestuia sau separării permanente de copil (evenimente survenite înainte de vârsta de 17 ani) a condus la creşterea probabilităţii dezvoltării depresiei majore în viaţa adultă.

Alte studii au demonstrat că vulnerabilitatea la depresie creşte şi în cazul abuzului fizic şi sexual al copilului. Astfel, femeile abuzate sau neglijate în copilărie, care prezintă relaţii negative şi autostimă scăzută în viaţa adultă, au un risc de zece ori mai mare de a face depresie.

Cu toate că teoria psihodinamică se asociază cu traumele timpurii, totuşi aceasta ia în considerare şi faptul că pentru un individ contează nu atât apariţia unui eveniment stresant, ci mai ales modul în care interpretează el semnificaţia acelui eveniment.

Pe de altă parte, teoria ataşamentului priveşte depresia dintr-o altă perspectivă. J. Bowlby (*idem*) consideră ataşamentul copilului faţă de mamă ca fiind vital pentru supravieţuire. În situaţia în care ataşamentul este rupt prin pierderea părintelui, copilul se vede ca fiind nedemn de iubit; la rândul ei, mama care abandonează este privită de copil ca fiind o persoană de care nu se poate ataşa. Copiii cu astfel de trăiri, susţine teoria ataşamentului, pot deveni depresivi în viaţa adultă ori de câte ori trăiesc o pierdere, pentru că această pierdere reactivează sentimentele de abandon şi evocă din nou imposibilitatea de a fi iubiţi.

F. Gabbard (2005) afirmă că un model psihodinamic contemporan al depresiei trebuie să se raporteze la experienţele timpurii ale traumei, care-l fac pe copil să aibă reprezentări problematice ale Sinelui şi ale obiectelor, să dezvolte o autostimă scăzută şi să dezvolte dificultăţi de relaţionare în viaţa adultă. Autorul citat susţine că, în cazul abuzului fizic şi sexual, copilul internalizează un Sine rău, care merită abuzul şi care este foarte sensibil în privinţa victimizării. Reprezentarea situaţiei este, cel mai probabil, aceea a unei figuri abuzive şi punitive care atacă Sinele. De asemenea, relevă Gabbard, pierderea timpurie a unui părinte are drept consecinţă

dezvoltarea la copil a unui Sine abandonat, căruia nu i se pot satisface nevoile. Drept urmare, copilul în cauză va creşte cu un sentiment al pierderii, care se va reactiva în perioada adultă, în momentul inevitabil în care apare o pierdere, aşa cum arătam. „Adulţii cu un asemenea trecut pot avea dificultăţi în formarea şi menţinerea relaţiilor şi pot fi mai vulnerabili la pierdere şi la rănirea narcisică de către alţii", conchide autorul menţionat.

Pornind de la principiul gândirii psihodinamice, Blatt (apud Gabbard, 2005) a observat două tipologii psihodinamice de bază. Primul este tipul anaclitic, care se caracterizează prin sentimente de neajutorare, singurătate şi slăbiciune, asociate cu frică de abandon şi lipsă de protecţie. Acest individ este dornic de protecţie şi iubire. El este vulnerabil la ruperea relaţiilor interpersonale şi îşi manifestă depresia prin sentimente disforice de abandon şi pierdere. Cel de-al doilea tip psihodinamic este cel introiectiv care, spre deosebire de primul, se caracterizează prin perfecţionism şi competitivitate, având dorinţa de a se realiza la şcoală şi în mediul profesional. Când apare depresia, aceast tip se manifestă prin sentimente de vinovăţie şi de lipsă de valoare. El încearcă un sentiment al eşecului, al neputinţei de control şi de autonomie.

Depresia a fost abordată şi din perspectivă **cognitiv-comportamentală**. Cel mai cunoscut model explicativ-interpretativ al şcolii cognitiv-comportamentale cu privire la tulburarea depresivă este cel al lui A. Beck (Beck, 2010; David, 2006; Holdevici, 2002). Conform acestui model, simptomele depresive nu apar ca urmare a unei situaţii sau a unui eveniment critic, ci ca urmare a modului în care persoana interpretează situaţia respectivă.

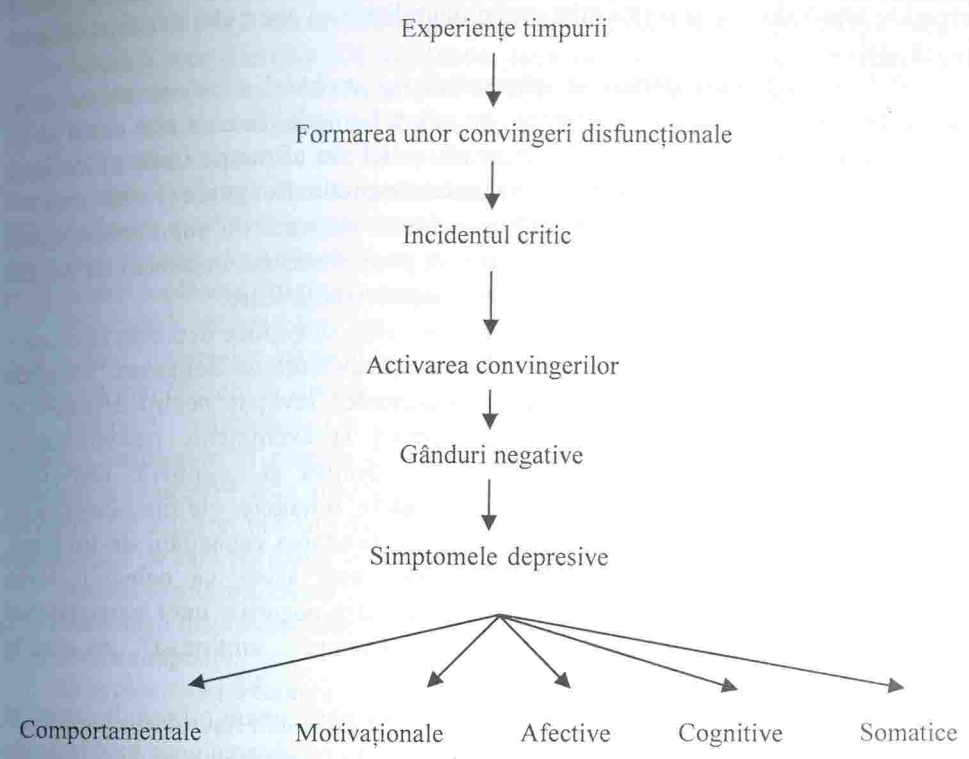
Gândurile automate, negative, care apar ca urmare a interpretării disfuncţionale, au la bază convingeri care s-au format greşit în copilăria timpurie, ca o consecinţă a interacţiunii cu persoane semnificative din viaţa persoanei respective.

Convingerile disfuncţionale sau schemele cognitive nu reprezintă altceva decât nişte structuri intelective de bază, profunde, la care subiectul se raportează ca la nişte adevăruri incontestabile cu privire la propria persoană. Un exemplu de convingere disfuncţională este: „Sunt un ratat".

Spre deosebire de convingerile disfuncţionale, gândurile negative automate reprezintă elemente de suprafaţă, care ies în evidenţă atunci când se activează schemele cognitive. Aceste gânduri negative se derulează rapid, în afara câmpului conştiinţei, dar pot fi accesate de aceasta.

În rezumat, modelul cognitiv al depresiei susţine că în timp ce o persoană trăieşte sentimente negative, gândurile sale sunt supuse unor erori de gândire. Pe acest model se bazează şi psihoterapia cognitiv-comportamentală. Aceasta porneşte de la premisa că oamenii se confruntă cu diverse evenimente, despre care pot avea fie credinţe adaptative, funcţionale, fie dimpotrivă, credinţe dezadaptative şi disfuncţionale. Aceste credinţe conduc la consecinţe în plan comportamental, emoţional şi cognitiv. Ca urmare, prin acest tip de psihoterapie, pacientul este ajutat să-şi modifice credinţele dezadaptative şi să le înlocuiască cu credinţe adaptative şi raţionale.

Modelul cognitiv al depresiei elaborat de Beck se prezintă schematic sub următoarea formă (Beck, apud Holdevici, 2002, p. 324):



Tot din perspectivă cognitivistă, există mai multe tipuri de erori care pot fi frecvent întâlnite în modul de gândire al persoanei depresive. Aceste erori sunt:

1. *Gândirea de tip totul sau nimic.* Potrivit acestui tip de gândire, circumstanţele sunt interpretate ca fiind bune sau rele, fără a exista o cale de mijloc.

2. *Supragenerализarea.* Acest tip de gândire presupune acordarea unei importanţe prea mari unei singure experienţe negative şi extinderea concluziei formulate în cazul altor situaţii.

3. *Abstragerea selectivă* implică alegerea unui detaliu negativ dintr-o experienţă trecută şi ignorarea altor detalii mai importante, mai relevante, care ar permite o analiză adecvată a noilor situaţii cu care persoana se confruntă.

4. *Inferenţa arbitrară* presupune desprinderea unei concluzii fără a avea suficiente dovezi în sprijinul acesteia.

5. *Amplificarea/minimalizarea* este o eroare care constă în exagerarea sau, dimpotrivă, în reducerea importanţei unor evenimente.

6. *Personalizarea* presupune raportarea evenimentelor externe la propria persoană şi chiar asumarea unor responsabilităţi, ca urmare a unei situaţii negative asupra căreia persoana nu are control.

7. *Citirea gândurilor* se referă la pretenția de a ști ceea ce gândesc alte persoane, precum și motivul pentru care oamenii se comportă într-un anumit mod.

8. *Catastrofizarea* presupune concentrarea pe cel mai mare rău care ar putea avea loc într-o situație și supraestimarea probabilității ca acest rău imaginat să aibă loc în realitate.

9. *Stilul de gândire absolutist: afirmații de tip „trebuie"*. Conform acestei erori de logică, afirmația categorică „trebuie" se referă la modul în care este cazul să se comporte alte persoane. Cel care adresează astfel de afirmații tinde să resimtă emoții negative puternice, cum ar fi furia, resentimentele, frustrarea și enervarea.

10. *Etichetarea greșită* se referă la o formă extremă de supragenerализare. Prin această eroare de logică, subiectul tinde să pună o etichetă negativă atât lui, cât și celorlalți indivizi, pe baza unei experiențe negative anterioare.

Altă teorie cognitiv-comportamentală care vine să explice depresia este cea a „neajutorării învățate", dezvoltată de Seligman și revizuită de Seligman, Teasdale și Abramson. Seligman propune modelul neajutorării învățate pentru depresie în 1975. Potrivit acestei teorii, expunerea repetată la evenimente necontrolabile conduce la deficite în sferele motivațională, afectivă și cognitivă. Deficitele motivaționale se manifestă prin pasivitate, renunțare, retragere, ele fiind însoțite de răspunsuri emoționale (anxietate, depresie) și de limitarea capacității de învățare. Ideea centrală a teoriei „neajutorării învățate" este aceea că oamenii devin depresivi atunci când atribuie evenimentele de viață negative unor caracteristici interne stabile și globale ale personalității lor (de exemplu „sunt prost", „nu sunt în stare de nimic").

Ca urmare a acestui mod de interpretare a realității, apare o lipsă de speranță și convingerea că nu vor exista rezultate dezirabile în rezolvarea unor probleme de viață. Teoria neajutorării definește conceptul de stil explicativ-depresiv ca fiind o atribuire internă, stabilă și globală a evenimentelor negative, dar și ca o atribuire externă, instabilă, a evenimentelor pozitive.

Modelul reformulat al neajutorării învățate (Seligman, Teasdale, Abramson, 1978) postulează că „la om, comportamentul este controlat nu doar de programul de consolidare din mediul extern, ci și de o stare mental internă, de explicațiile pe care oamenii și le dau pentru a înțelege de ce mediul extern le-a programat astfel consolidarea" (Seligman, 2004, p. 54).

Autorii citați susțin că în depresie intervine un stil explicativ, mai precis un mod de a gândi învățat în copilărie și adolescență. Caracteristice stilului depresiv de atribuire sunt trei moduri de gândire: personalizarea, permanența și generalizarea.

Personalizarea se referă la faptul că, pentru a-și explica cauzele pentru care nu poate controla situațiile și mediul, o persoană le localizează în interiorul său. Această localizare are drept consecințe, pe de o parte, o pierdere a stimei de sine, iar pe de altă parte – un deficit motivațional, care se exprimă ca neajutorare.

Permanența vizează o generalizare în timp a expectațiilor de neajutorare. Prin acest mod de a gândi, oamenii cred că motivele evenimentelor neplăcute sunt permanente, ceea ce determină o lipsă de speranță în ceea ce privește schimbarea.

Generalizarea este privită ca putere de răspândire a evenimentelor negative. Dacă permanența se referă la factorul timp, generalizarea produce neajutorare în multe situații. Persoanele care dau un anumit tip de explicații evenimentelor negative prin atribuții interne, stabile și globale sunt predispuse spre neajutorare și în consecință spre depresie. De asemenea, aceleași persoane atribuie evenimentele pozitive (succesele) unor factori cauzali externi, variabili și specifici.

Ceea ce caracterizează depresia, afirmă Seligman, este obisnuința de a găsi explicații pesimiste pentru evenimentele neplăcute de viață. Pesimismul produce o demoralizare de lungă durată, generatoare de depresie. „Oamenii care posedă un stil explicativ pesimist și trec prin evenimente neplăcute vor suferi probabil o depresie, în timp ce oamenii care posedă un stil explicativ pozitiv și trec prin evenimente neplăcute vor tinde să reziste la depresie" (2004, p. 88).

Persoanele care privesc viața cu optimism investesc mai mult efort pentru a găsi soluții diverselor situații problematice, se bucură mai mult de viață, se adaptează mai eficient la stres și la boală.

Pesimiștii reacționează la situații problematice și dezamăgiri prin renunțare, evitare, neajutorare și negare. Potrivit acestei teorii, neajutorarea care apare la persoanele depresive este învățată printr-un mecanism însușit încă din copilăria timpurie. Ca urmare, în viața de adult va apărea un sentiment de neputință în fața obstacolelor pe care persoana le are de surmontat.

Autorii teoriei neajutorării învățate propun, în scopul îmbunătățirii performanței și al ameliorării dispoziției afective, o strategie de reatribuire, de formare a unui stil de atribuire adaptativ.

Complexitatea interacțiunilor dintre factorii biologici, psihologici și sociali ai depresiei a determinat numeroși cercetători să abordeze depresia dintr-o perspectivă integrată, mai precis perspectiva biopsihosocială.

Gilbert (2011) a descris modelul biopsihosocial propus în 1978 de Brown și Harris. Autorul susține că există trei domenii fundamentale care pot da naștere depresiei. Acestea sunt reprezentate de factorii timpurii de vulnerabilitate, factorii actuali de vulnerabilitate și evenimentele declanșatoare.

Factorii timpurii de vulnerabilitate se referă la vulnerabilitatea genetică, precum și la experiențele dificile de la începutul vieții. Acestora li se adaugă factorii actuali de vulnerabilitate, cum ar fi conflictele conjugale sau cele de la locul de muncă, care vor fragiliza și mai mult persoana. Apariția unui eveniment declanșator, ca de exemplu moartea unei persoane apropiate, divorțul sau pierderea locului de muncă poate declanșa apariția simptomatică a depresiei. Când depresia avansează, se constată simptome fiziologice, psihologice și comportamentale. Persoanele depresive prezintă gânduri și ruminații cu caracter negativ cu privire la propria persoană, la lume și la viitor. Ele nu mai găsesc un sens al vieții. Ca urmare, comportamentele la care recurg persoanele afectate de depresie sunt cele de evitare, de retragere și de blocare a evadării din situație. Toate aceste modificări, asociate cu tulburările din sfera fiziologicului, vor conduce la accentuarea depresiei.

Teoriile biopsihosociale ale depresiei își găsesc o mare aplicabilitate în domeniul psihoterapiei. Asistarea unei persoane cu depresie impune recurgerea la intervenții

care să vizeze toate palierele de funcționare psihologică afectate de boală. Un plan terapeutic adecvat se adresează în primul rând domeniului psihologic, dar necesită și aplicarea unor strategii care vizează îmbunătățirea interacțiunilor sociale ale persoanei și administrarea unui tratament medicamentos.

În concluzie, modelul biopsihosocial al depresiei prezintă interacțiunea complexă a factorilor biologici, psihologici și sociali cu rol în declanșarea și întreținerea acestei tulburări. Pe acest model se bazează intervenția terapeutică holistică, integrativă, a depresiei.

Este recomandat ca în conceperea și aplicarea planului terapeutic pentru persoanele depresive să fie implicată o echipă interdisciplinară alcătuită din specialiști din domeniul psihiatriei, psihologiei și asistenței sociale.

BIBLIOGRAFIE

1. BECK, J. S., *Psihoterapie cognitivă. Fundamente și perspective*, Cluj-Napoca, Editura RTS, 2010.
2. DAVID, D., *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Cluj-Napoca, Editura Polirom, 2006.
3. DSM IV, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.
4. FONTAINE, O., FONTAINE P., *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă*, Iași, Editura Polirom, 2008.
5. FREUD, S., *Doliu si melancolie*, *Psihologia inconștientului. Opere esențiale* (vol. III), București, Editura Trei, 2010, p. 171-191.
6. GABBARD, G., *Tratat de psihiatrie psihodinamică*, București, Editura Trei, 2005.
7. GILBERT, P., *Depresia. Psihoterapie și consiliere*, Iași, Editura Polirom, 2011.
8. HOLDEVICI, I., *Psihoterapia cognitiv-comportamentală. Managementul stresului pentru un stil de viață optim*, București, Editura Științelor Medicale, 2005.
9. HOLDEVICI, I., *Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, București, Editura Orizonturi, 2002.
10. SELIGMAN, M., *Optimismul se învață. Știința controlului personal*, București, Editura Humanitas, 2004.
11. TUDOSE, F., TUDOSE, C., *Abordarea pacientului în psihiatrie*, București, Editura Medicală, 2004 (ediția a II-a).
12. TUDOSE, F., TUDOSE, C., DOBRANICI, L., *Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*, București, Editura InfoMedica, 2002.

Capitolul 5

MARKERI BIOLOGICI ÎN TULBURAREA DEPRESIVĂ

ADELA MAGDALENA CIOBANU

Uzual, depresia este diagnosticată pe baza simptomelor pacienților, nu pe cea a markerilor biologici implicați în această tulburare. Determinarea în laborator a markerilor ar putea fi însă utilă atât pentru a obține un diagnostic de precizie al depresiei, cât și în vederea monitorizării, sub tratament, a evoluției bolii. Nu în ultimul rând, determinarea markerilor ar ajuta la o mai bună înțelegere a bazelor biologice ale depresiei. De aceea, psihiatria biologică încearcă să aducă date obiective, indicatori de tip neurobiochimic sau structural cerebral, care să confirme diagnosticul tulburării depresive pe baza evidențelor biologice (Marinescu, Udriștoiu, 2008).

În acest capitol ne propunem să fixăm cadrul conceptual de referință al domeniului analizat și să examinăm, succint, rolul markerilor biologici implicați în depresie, cu accent pe: evidențierea markerilor biologici potențiali pentru depresia majoră; implicarea sistemului serotoninergic și a sistemului noradrenergic în depresie și schimbările celulare produse ca urmare a tratamentului antidepresiv.

CADRU CONCEPTUAL

Pentru a înțelege rolul factorilor biologici în depresie vom defini mai întâi cadrul conceptual al domeniului analizat, respectiv: rolul neurotransmițătorilor și al receptorilor/transportori pre- și postsinaptici în reglarea normală a afectivității; neuroplasticitatea și supraviețuirea celulei nervoase.

În primul rând, trebuie să precizăm că **neurotransmițătorii** sunt substanțe eliberate sinaptic, care asigură transmiterea influxului nervos, având capacitatea de declanșare a potențialelor de acțiune. Printre aceștia se numără:

- acetilcholina
- dopamina
- serotonina
- noradrenalina
- acidul γ amino-butiric (Gheorghe și colab. 2006)

Alterarea acestor mediatori sau a receptorilor lor (în sensul creșterii sau scăderii lor) în anumite zone anatomice ale creierului ar conduce la declanșarea unor boli psihice.

Studiul deficitului sau excesului de neurotransmițători reprezintă o preocupare majoră a cercetătorilor, întrucât s-a dovedit că acești neurotransmițători

au un rol important în modul de funcționare a creierului, influențând atât comportamentul, cât și stările emotive ale oamenilor. De asemenea, dezechilibrele apărute în concentrația acestor produși neurochimici pot fi puse în legătură directă nu numai cu depresia, ci și cu tulburările somnului, cu anxietatea sau cu problemele neuro-endocrine.

Pe de altă parte, reglarea normală a afectivității presupune o corectă funcționare a diferiților **receptori/transportori pre- și postsinaptici**, o secreție adecvată de NE și/sau 5 HT la nivelul neuronilor presinaptici, o transducție intactă a semnalului implicat în producerea/stimularea adecvată a mesagerilor intracelulari (de exemplu AMPc), precum și producerea unor variați factori neurotrofici cerebrali, în special:

- ciclic adenosine mono-fosfat;
- response element-binding protein (CREB);
- factorul neurotrofic derivat-cerebral (BDNF);
- factorul de creștere al nervului (NGF);
- factorul neurotrofic ciliar (CNTF);
- limfocitele celulare B protein 2 (Bcl -2);
- neurotrofinele -3, 4, 5 (NT-3, 4, 5) (Shiloh, 2006).

În mod obișnuit, creierul uman dispune de **neuroplasticitate**, adică de abilitatea de a se adapta la stres, la boli sau la efectul medicamentelor. Supraviețuirea celulei nervoase crește datorită acțiunii unor factori specifici: factorul neurotrofic, factorul de creștere a nervului (NGF), factorul neurotrofic derivat-cerebral (BDNF), factorul neurotrofic derivat-glial (GDNF), hormonii estrogeni, citokine, factorul-1 de creștere insulin-like (IGF-1) (Mamounas *et al.*, 1995; Pettmann și Henderson, 1998).

Factorul neurotrofic derivat-cerebral (BDNF) este produs de neuroni, în particular în hipocamp și cortex; el este implicat atât în îmbunătățirea supraviețuirii neuronilor colinergici în hipocamp și cortex, cât și în reglarea plasticitatii sinaptice, neurogenezei și în supraviețuirea neuronului în creierul adult.

BDNF si 5-HT se co-reglează, astfel dacă 5-HT stimulează expresia BDNF, și BDNF îmbunătățește creșterea si supraviețuirea neuronilor 5-HT (Mattson *et al.*, 2004). Este de remarcat faptul că hormonii de stres și 5-HT pot acționa într-o manieră opusă, și anume hormonii de stres scad nivelul BDNF, în timp ce 5-HT îl crește.

Un important integrator al neuroplasticității este response element-binding protein (CREB); acesta este, totodată, un element cheie al transducției semnalului cascadei intracelulare, care poate contribui la simptomele depresiei (Newton *et al.*, 2002).

MARKERI BIOLOGICI POTENȚIALI PENTRU DEPRESIA MAJORĂ

Markerii biologici potențiali ai depresiei majore sunt:

- factorul neurotrofic;
- markerii serotoninergici;
- markerii biochimici;

- markerii imunologici;
- markerii neuropsihologici;
- markerii neuroimagistici.

Markerii biologici potențiali pentru depresia majoră și variațiile lor pot fi redate succint astfel:

- ↓ legării imipraminei trombocitare (expresia 5-HTT);
- ↓ expresiei receptorului 5-HT1A;
- ↑ IL-2R si IL-6 în ser;
- ↓ BDNF si FGF-1 în ser;
- Hipocolesterolemia;
- nivel sangvin scăzut de folați;
- hipersecreția de cortizol;
- non-supresia la testul de supresie la dexametazonă (Moessner *et al.*, 2007).

Studiile pe sângele uman arată că nivelul factorului neurotrofic derivat-cerebral (BDNF) este scăzut în depresie (Karege *et al.*, 2002). Reducerea BDNF ar putea fi rezultatul scăderii response element-binding protein (CREB), așa cum s-a observat la studiile pe animale (Trentani *et al.*, 2002). Scăderea nivelului seric al BDNF ar putea fi un marker al depresiei dacă rezultatele acestor cercetări își dovedesc validitatea prin replicare în studii mai largi.

SISTEMUL SEROTONINERGIC ȘI SISTEMUL NORADRENERGIC

În depresie, dezechilibrele în concentrația de neurotransmițători joacă un rol important. Studiile dedicate acestei problematici arată că în cazul depresiei trei dintre cei mai importanți neurotransmițători, respectiv dopamina, serotonina și noradrenalina există în concentrații mici. Se consideră că nivelurile scăzute de neurotransmițători sunt cauzate de stres, care ulterior poate să genereze depresie.

Este neclar dacă 5-HIAA din LCR (5 hydroxy – indole acetic acid) este într-adevăr scăzut în bolile afective. Studiile au arătat că pacienții cu 5HIAA scăzut în LCR tind să fie pacienții cu comportamente impulsive, precum cei care săvârșesc suicidul, dar și cu creșterea agresivității, a ostilității și a comportamentului impulsiv (Tasman *et al.*, 2004).

Nivelurile scăzute de 5-HIAA pot fi markeri biologi pentru comportamentul suicidar (Asberg *et al.*, 1976). Studiile au raportat, de asemenea, mai mulți receptori postsinaptici 5HT2A în creierul victimelor suicidului.

Viitoarele studii ale activității serotoninergice în bolile afective vor trebui să facă diferența între patogeneza primară și schimbările compensatorii secundare bolii.

Liganzi, cum sunt legarea [^{3}H] imipraminei de trombocitele sangvine, sunt unii dintre cei mai importanți markeri biologici în psihiatrie.

Legarea imipraminei are o mare afinitate pentru transporterul de serotonină (5-HTT) pe trombocite și reprezintă un model de sistem pentru neuronii serotoninergici. Legarea imipraminei de trombocitele sangvine este în general scăzută în depresie, ceea ce indică o scădere a capacității maxime de legare

(Bmax). O metaanaliză făcută de Ellis şi Salmond (1994) a arătat că legarea imipraminei de trombocite este într-adevăr un marker biologic robust în depresie.

Răspunsul prolactinei la fenfluramină

Răspunsul prolactinei este un indicator al responsivităţii centrale a serotoninei. Scăderea răspunsului prolactinei este corelată cu: istoricul de ideaţie suicidară la pacienţii depresivi (Malone *et al.*, 1996), depresia cu atacuri de furie, impulsivitate şi agresivitate la pacienţii cu tulburări de personalitate (Fava *et al.*, 2000).

Sistemul noradrenergic

Primele raportări ale studiilor de cercetare au găsit:

1. scăderea nivelului MHPG (3-methoxy 4 hydroxy-phenylglycol) în urină, la pacienţii cu depresie, comparativ cu pacienţii de control;
2. creşterea nivelului MHPG în statusul maniacal la pacienţii cu depresie bipolară (Goodwin şi Post, 1978; Muscettola *et al.*, 1984).

Nivelul MHPG in LCR tinde sa fie de la normal la crescut în depresia majoră. Tratamentul cu α- metil-p-tirosine (AMPT – un inhibitor al tirosin-hidroxilazei) duce la o depleţie rapidă a sistemului catecolaminelor, urmată de recăderea în depresie.

AMPT are un foarte mic efect asupra afectivităţii la subiecţii normali, dar, când se administrează la pacienţii depresivi aflaţi în remisie, produce o recădere a simptomelor depresive. Nivelul plasmatic al norepinefrinei şi epinefrinei creşte în manie faţă de depresie, iar legarea α 2- adrenergică de trombocite este crescută (Tasman *et al.*, 2004).

Sistemul dopaminergic

În studiile efectuate pe pacienţii cu depresie majoră s-a constat că nivelul HVA în LCR a fost găsit la pacienţii cu depresiile cele mai severe faţă de grupul de control, mai ales în subgrupul de pacienţi cu retard psihomotor (Papeschi şi Mc Clure, 1971).

Nivelurile HVA în LCR sunt scăzute în depresie, fiind însoţite clinic de bradipsihie şi bradikinezie, nivelul plasmatic al dopaminei şi nivelul HVA fiind crescute în depresia psihotică. Creşterea nivelului plasmatic al dopaminei şi a nivelului HVA în răspunsul la administrarea de glucocorticoizi în lotul de control poate contribui la dezvoltarea depresiei psihotice.

Studiile legate de sistemul dopaminergic în depresia majoră au relevat o creştere a activităţii trombocitelor MAO în depresia unipolară şi o scădere în cea bipolară. Activitatea serică dopaminergică a β- hydroxilazei este scăzută (Tasman *et al.*, 2004).

GABA (γ Amino Butiric Acid)

Este neurotransmiţătorul inhibitor major din sistemul nervos central (SNC). GABA a fost propus relativ recent să fie considerat un marker al depresiei.

Scăderea activităţii GABA-ergice poate juca un rol în depresie, prin reglarea răspunsului receptorilor la catecolamine. S-a observat că la pacienţii depresivi există o scădere semnificativă a GABA la nivelul SNC (Gold *et al.*, 1980). De asemenea, există o scădere a concentraţiei plasmatice a GABA în depresie (Petty şi Schlesser, 1981).

Alti neurotransmiţători:

De asemenea, s-a constatat că o creştere a activităţii colinergice ar putea contribui la apariţia depresiei. Rata activităţii colinergice şi adrenergice creşte în depresie şi scade în manie.

SCHIMBĂRI CELULARE CA URMARE A TRATAMENTULUI ANTIDEPRESIV

Cel mai probabil, tulburarea afectivă este boala cu o interacţiune a multiplelor sisteme de transmiţători. Toţi neurotransmiţătorii şi receptorii interacţionează şi se influenţează unii pe alţii. Ca urmare a tratamentului antidepresiv se produc o serie de schimbări celulare care pot fi astfel rezumate:

- Toate antidepresivele cresc concentraţia monoaminelor în fanta sinaptică;
- Tratamentul cronic cu antidepresive are ca ţintă plasticitatea, în final determinând creşterea dendritelor şi a poziţiei lor corecte din punct de vedere topografic.

S-a observat că, în cazul răspunsului la tratamentul psihofarmacologic (cu diferite regimuri terapeutice), există o creştere semnificativă a CREB – fosfarilării, în cazul responsivilor, comparativ cu non-responsivii. Creşterea CREB – fosfarilării a fost propusă recent ca marker molecular pentru răspunsul la tratamentul antidepresiv.

Dezvoltarea noilor tratamente ţinteşte îmbunătăţirea neuroplasticităţii şi a supravieţuirii celulare. Tratamentul cu medicaţie antidepresivă poate nu doar să refacă densitatea celulară, ci şi să realizeze o înaltă reglare a plasticităţii sinaptice în hipocamp, prin abolirea metaplasticităţii „negative", aceasta conducând la refacerea proceselor hipocampale cognitive care sunt alterate, secundar stresului, şi în cazul pacienţilor depresivi (Shiloh *et al.*, 2006).

BIBLIOGRAFIE

1. ÅSBERG, M., TRÄSKMAN, L., THORÉN, P., *5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor?*, Archives of General Psychiatry, *33*, 1976, p. 1193-1197.
2. CRYAN, J. F., KAUPMANN, K., *Don't worry 'B'happy! a role for GABA (B) receptors in anxiety and depression*, Trends Pharmacol. Sci., *26*, 2005, p. 36-43.
3. ELLIS, P. M., SALMOND, C., *Is platelet imipramine binding reduced in depression? A meta-analysis*, Biol. Psychiatry, *36*, 1994, p. 292-299.
4. FAVA, M., VUOLO, R. D., WRIGHT, E. C., NIERENBERG, A. A. *et al.*, *Fenfluramine challenge in unipolar depression with and without anger attacks*, Psychiatr. Res., *94*, 2000, p. 9-18.
5. GHEORGHE, M. D., MARINESCU, D., VOICU, V. A., *Antipsihoticele*, Bucureşti, Editura Academiei Române, 2006.

6. GOLD, B. I., BOWERS, M. B., ROTH, R. H., SWEENEY, D. W, *GABA levels in CSF of patients with psychiatric disorders*, Am. J. Psychiatr., *137*, 1980, p. 362-364.
7. KAREGE, F., PERRET, G., BONDOLFI, G., SCHWALD, M. *et al.*, *Decreased serum brain-derived neurotrophic factor levels in major depressed patients*, Psychiatry Res., *109*, 2002, p. 143-148.
8. MALONE, K. M., CORBITT, E. M., LI, S., MANN, J. J., *Prolactin response to fenfluramine and suicide attempt lethality in major depression*, Br. J. Psychiatr., *168*, 1996, p. 324-329.
9. MAMOUNAS, L. A., BLUE, M. E., SIUCIAK J. A., ALTAR, C. A., *Brainderived neurotrophic factor promotes the survival and sprouting of serotonergic axons in rat brain*, J. Neurosci., *15*, 1995, p. 7929-7939.
10. MARINESCU, D., UDRIȚOIU, T., PODEA, D., CIUCU, A., *Tulburarea depresivă și anxioasă. Actualități*, Craiova, Editura AIUS PrintEd, 2008.
11. MATTSON, M. P., MAUDSLEY, S., MARTIN, B., *BDNF and 5-HT: a dynamic duo in age-related neuronal plasticity and neurodegenerative disorders*, Trends Neurosci., *27*, 2004, p. 589-594.
12. MOESSNER, R., MIKOVA, O., KOUTSILIERI, E., SAOUD, M., EHLIS, A. C., MUELLER, N., FALLGATTER, A. J., RIEDERER, P., *Consensus paper of the WFSBP Task Force on Biological Markers: Biological Markers in Depression*, The World Journal of Biological Psychiatry, *8*, 2007, p. 141-174.
13. MUSCETTOLA, G., DI LAURO, A.,GIANNINI, C. P., *Blood cells as biological trait markers in affective disorders*, Journal of Psychiatric Research, **18**, *4*, 1984, p. 447-456.
14. NEWTON, S. S., THOME, J., WALLACE, T. L. *et al.*, *Inhibition of camp response element-binding protein or dynorphin in the nucleus accumbens produces an antidepressant-like effect*, J. Neurosci., *22*, 2002, p. 10883-10890.
15. PAPESCHI, R., McCLURE, D. J., *Homovanillic and 5- hydroxy indole acetic acid in cerebrospinal fluid of depressed patient*, Arch. Gen. Psychiatry, *25*, 1971, p. 354-358.
16. PETTMANN, B., HENDERSON, C. E., *Neuronal cell death*, Neuron, *20*, 1998, p. 633-647.
17. PETTY, F., SCHLESSER, M.A., *Plasma GABA in affective illness*, J. Affect. Disord., *3*, 1981, p. 339-343.
18. POST, R. M., GOODWIN, F. K., *Approaches to brain amines in psychiatric patients: A reevaluation of cerebrospinal fluid studies* in IVERSEN, L. L., IVERSEN, S. D., and SNYDER, S. H. (Eds.), *Handbook of Psychopharmacology*, **13**, New York and London, Plenum Press, 1978.
19. SHILOH, R., STRYJER, R., WEIZMAN, A., NUTT, D., *Atlas of Psychiatric Pharmacotherapy* (2nd ed.), Informa healthcare, *2.1*, 2006, p. 26-7.
20. TASMAN, A., KAY, J., LIEBERMAN, J. A., *Psychiatry* (2nd ed.), LTD, John Wiley & Sons, **1**, *19*, 2004, p. 300-315.
21. TRENTANI, A., KUIPERS, S. D., TER HORST, G. J., DEN BOER, J. A., *Selective chronic stress-induced in vivo ERK1/2 hyperphosphorylation in medial prefrontocortical dendrites: implications for stress-related cortical pathology?*, Eur. J. Neurosci., *15*, 2002, p. 1681-1691.

Capitolul 6

HARTA EUROPEANĂ A SUICIDULUI

CAMELIA POPA

Suicidul este folosit ca indicator indirect al sănătății mintale a unui popor, deoarece acest comportament apare mai ales în depresia clinică și în alte forme de boli mintale, în perioadele de criză personală (divorțul, traume fizice), în alcoolism și în toxicomanie. Sinuciderea semnifică nu doar deteriorarea existenței individuale, ci și degradarea contextului socioeconomic în care funcționează oamenii.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), sinuciderea este printre primele 20 cauze de deces la nivel mondial pentru toate vârstele. În fiecare an, aproape un milion de oameni mor prin sinucidere. Rata globală a mortalității atribuită sinuciderii este de 16 persoane la 100.000 de locuitori sau un deces la fiecare 40 de secunde. În ultimii 45 de ani – arată OMS – ratele de suicid au crescut cu 60% la nivel mondial. Sinuciderea figurează printre primele trei cauze majore ale decesului în rândul persoanelor cu vârste între 15 și 44 de ani și este cea de-a doua cauză de deces la grupa de vârstă 10-24 de ani. Conform aceloraşi statistici ale OMS, circa 90% dintre sinucigaşi au tulburări mintale.

Forumul menționat definește sinuciderea ca fiind „un act deliberat, intenționat, al unei persoane aflate în deplină cunoștință de rezultatul fatal al acestui act" și, totodată, ca „o problemă majoră de sănătate publică, cu un impact socioeconomic semnificativ". Sinuciderile sunt considerate „decese evitabile", iar eforturile la nivel global se îndreaptă către reducerea semnificativă a numărului lor.

Sinuciderea rămâne o cauză importantă de deces și în țările UE. În Europa, suicidul are legături puternice cu inechitățile sociale. Factorii majori de risc pentru suicid sunt sărăcia, sănătatea mentală și cea fizică, nivelul redus de educație, șomajul și datoriile mari, alcoolismul, izolarea socială, evenimentele de viață negative majore. Suicidul este analizat în corelație cu creșterea incidenței tulburării depresive, în țările cu venituri medii și mari, conturându-se strategii puternice de prevenire a acestuia (Eurostat Health, 2010).

Sinuciderea, acțiunea prin care ființa umană își provoacă moartea, este un fenomen aflat la confluența mai multor teorii – genetice, psihologice, psihiatrice și sociologice. Teoriile genetice susțin că sinuciderea reprezintă o boală transmisă urmașilor. Teoriile de sorginte psihologică arată că actul suicidar este apanajul unor constituții psihice/personalități fragile. Psihiatrii fac legătura obligatorie între tulburările depresive și actul suicidar, în timp ce sociologii văd sinuciderea ca pe un fapt social, ca pe un act de fugă din fața unei realități potrivnice.

Țările sudice ale Uniunii Europene au cei mai puțin sinucigași, arată statisticile OECD, publicate în 2010. Grecii, ciprioții și italienii sunt europenii cel mai puțin

dispuşi să-şi curme singuri viaţa. În fruntea „topului" european al suicidului se află lituanienii, ungurii, letonii, finlandezii şi slovenii. Bulgarii conduc detaşat „topul" european al suicidului la categoria de vârstă de peste 85 de ani.

Programele de prevenţie ale suicidului şi creşterea disponibilităţii tratamentelor antidepresive în ţările europene cu rate foarte înalte ale suicidului încep să se oglindească în statisticile Eurostat. Astfel, Lituania şi Letonia fac progrese uriaşe în reducerea ratelor de suicid, la toate grupele de vârstă. Totodată, Ungaria a ajuns să se afle în urma României, după rata suicidului în rândul tinerilor cu vârste cuprinse între 15 şi 19 ani (6,3 rată de suicid în România şi 5,9 în Ungaria).

Potrivit Eurostat, grupele de vârstă cu cea mai mare incidenţă a sinuciderii sunt: 15-19 ani, 50-54 de ani şi peste 85 de ani. Ratele sinuciderii sunt reduse în ţările din sudul Europei – Grecia, Cipru, Italia, Malta, în Spania şi în Portugalia –, dar şi în Marea Britanie, unde se înregistrează mai puţin de opt decese la 100.000 de locuitori. Un număr mai mare de sinucigaşi înregistrează Statele Baltice şi Europa Centrală şi de Est – Lituania, Ungaria şi Letonia, precum şi Finlanda.

Lituania, ţara cu cei mai mulţi sinucigaşi are, de pildă, o rată a sinuciderilor de zece ori mai mare decât Grecia, ţara cu cei mai puţini sinucigaşi. Ratele globale de deces prin sinucidere sunt de trei ori mai mari pentru bărbaţi decât pentru femei în întreaga Uniune Europeană, cu variaţii naţionale ample în ceea ce priveşte diferenţele de gen în comportamentul suicidar. La tentativele de sinucidere apelează, de asemenea, mult mai mult bărbaţii, comparativ cu femeile, arată statisticile Eurostat. În timp ce ratele de suicid în rândul bătrânilor au scăzut în ultimele două decenii, nici un progres spectaculos nu a fost observat în rândul tinerilor.

Ratele diferite de suicid înregistrate în ţările UE au fost explicate în corelaţie cu factorii psihologici şi socioeconomici. Comisia Europeană şi Organizaţia Mondială a Sănătăţii, citate în raportul OECD (2010), arată că rata suicidului din Lituania a crescut constant după obţinerea independenţei, în 1990 iar tranziţia la noua economie, asociată cu schimbările ei socioeconomice rapide şi cu creşterea gradului de insecuritate psihologică şi socială, a favorizat comportamentele suicidare. O explicaţie asemănătoare este furnizată şi în cazul Ungariei, unde condiţiilor socioeconomice li se adaugă factorii clinici, mai precis predispoziţia pentru depresie, ca determinanţi ai suicidului. Din 1994 şi până în prezent, rata suicidului a scăzut cu peste 40% în Estonia, Letonia şi Slovenia. Totuşi, în ciuda acestui progres, ţările enumerate continuă să aibă printre cele mai mari rate de suicid din Europa. Pe de altă parte, în acelaşi interval de timp, ratele de deces prin sinucidere au crescut, din 1994, în Malta, Islanda şi Portugalia, deşi acestea rămân încă mai mici decât media UE, mai arată raportul OECD.

SUICIDUL ÎN RÂNDUL TINERILOR DIN UE-27

În cazul copiilor şi al tinerilor, comportamentul suicidar include, potrivit OMS:

- o motivaţie depresivă;
- probleme emoţionale, comportamentale şi sociale;
- abuzul de substanţe;
- pierderea relaţiilor romantice;

- inabilitatea de a depăşi dificultăţile şcolare sau de a face faţă altor stresori de mediu;
- stima de sine scăzută sau neputinţa de a rezolva problemele din relaţiile familiale.

Pe primele locuri în UE, în funcţie de mărimea ratelor de suicid (numărul cazurilor de moarte autoprovocată, la 100.000 de locuitori) se află tinerii din Ţările Baltice şi din Nordul Europei – Lituania, Estonia, Finlanda şi Irlanda.

Totuşi, în ultimii 10 ani, aceste ţări au reuşit să-şi înjumătăţească ratele de suicid, ceea ce indică existenţa unor programe eficiente de prevenţie în rândul acestei categorii vulnerabile de populaţie.

O scădere semnificativă şi constantă a ratelor de suicid în rândul tinerilor poate fi observată şi în cazul Ungariei, care în anul 2010 a avut o rată de suicid pentru grupa 15-19 ani mai mică decât cea a României, ţara vecină părăsind astfel fruntea „topului" european al sinuciderilor la această categorie de vârstă.

Statisticile pe genuri relevă că băieţii au rate de suicid mult mai ridicate decât fetele, în toate ţările UE (o singură excepţie se înregistrează în Croaţia anului 2010).

Cele mai mari discrepanţe pe genuri se constată, în acelaşi an 2010, în Slovenia, unde rata suicidalităţii masculine este de circa 8 ori mai mare decât cea a suicidalităţii feminine, precum şi în Polonia, Lituania şi Estonia.

Ţările europene cu cei mai puţini tineri sinucigaşi continuă să fie Marea Britanie, Spania şi Grecia.

Tabelul nr. 1

Rate de suicid în rândul tinerilor din UE (15-19 ani). Sursa: Eurostat

Ţara	2010			2005			2000		
	Total	Bărbaţi	Femei	Total	Bărbaţi	Femei	Total	Bărbaţi	Femei
UE-27	4,6	6,9	2,2	4,8	7,1	2,2	5,7	8,5	2,9
România	6,3	9,2	3,2	4,4	6,0	2,7	5,5	8,7	2,3
Lituania	13,6	20,6	6,3	15	25,9	3,7	21,3	27,2	15,3
Estonia	12,8	20,1	5,3	12,2	18,3	5,8	17,3	24,5	9,8
Finlanda	11,7	17,7	5,5	9,1	9,8	8,3	13,9	20,6	6,8
Irlanda	10,8	17,6	3,7	10,1	15,8	4,2	12,5	20,3	4,4
Slovenia	9,6	16,8	2	4	7,9	-	12,2	12,7	11,8
Polonia	7,9	13,8	1,8	9,3	15,4	2,8	8,5	14,1	2,7
Austria	7,4	11,3	3,3	9	15,1	2,5	12,3	19,3	5,1
Croaţia	7,1	6,9	7,2	5,4	7,8	2,9	8,2	14,1	2
Ungaria	5,9	7,9	3,8	6,2	8,7	3,6	7	10,7	3,1
Franţa	4,7	7,1	2,3	4,4	6,3	2,4	5,4	7,4	3,3
Germania	4,5	6,6	2,2	4,5	6,8	2,1	5,9	8,7	2,9
M. Britanie	3,3	4,4	2,1	3,1	4,3	1,8	4,4	6,4	2,3
Spania	1,3	1,9	0,6	2,9	4,4	1,2	3,4	5,3	1,4
Grecia	1,1	1,4	0,7	1,5	1,6	1,4	2,6	3,1	2

SUICIDUL ÎN GRUPA DE RISC 50-54 DE ANI

Grupa de risc 50-54 de ani figurează distinct în statisticile Eurostat, fiind condusă detaşat de lituanieni, unguri, sloveni şi polonezi. Faţă de anul 2000, Lituania a reuşit să-şi reducă de 3,5 ori rata suicidului la această categorie de populaţie, evoluţii favorabile fiind înregistrate şi în cazul celorlalte ţări cu mortalitate mare prin sinucidere.

Aşa cum se observă în Tabelul nr. 2, rata suicidului a scăzut constant şi în România (în ţara noastră, anul 2000 este considerat un „vârf" al morţilor autoprovocate, conform datelor de medicină legală pe care le vom prezenta pe larg în cadrul analizei despre particularităţile fenomenului suicidar în România). În 2010 însă, rata suicidului masculin din România a fost de peste 8 ori mai mare decât cea a suicidului feminin.

Ţările cu cele mai puţine cazuri de suicid la această categorie de vârstă sunt Spania, Marea Britanie şi Grecia. În cazul Greciei se observă însă o creştere uşoară a ratelor generale de suicid: 5,8 în 2000, 7,6 în 2005 şi 6 în 2010, dar este dificil de pus acest lucru pe seama crizei economice. Ceea ce putem remarca este creşterea ponderii suicidului masculin în această ţară în 2010. Astfel, rata suicidului la bărbaţii greci a fost de 11,4%, comparativ cu 0,8% la femei.

Tabelul nr. 2

Rate de suicid în rândul europenilor cu vârste între 50 şi 54 ani. Sursa: Eurostat

Ţara	2010			2005			2000		
	Total	Bărbaţi	Femei	Total	Bărbaţi	Femei	Total	Bărbaţi	Femei
UE-27	18,3	28,7	8,1	18,8	28,9	8,9	17,7	27,4	8,3
România	22	40,6	5	23,4	40,8	7,1	21,2	35	8,2
Lituania	49,8	92,9	12,8	70,6	121,5	26,9	90,1	174,8	19,1
Ungaria	44,2	74,6	16,6	45,8	74,8	19,6	46,0	77,1	17,7
Slovenia	31,7	44,3	18,5	40,7	60,2	20	47,3	72,8	20,8
Polonia	30	53,2	7,8	27,3	48,3	7,6	24,6	43,9	6,5
Franţa	27,4	39,7	15,7	26,5	37	16,4	24,2	34,3	14,2
Letonia	23,6	44	5,9	43,2	78,1	13,7	52,2	100,8	11,7
Finlanda	23,4	32,9	13,8	32,4	45,4	19,3	31,0	47	14,7
Slovacia	23,2	44,3	6,5	26,7	47,4	6,9	27,3	46,4	9,5
Cehia	22,9	38,2	7,6	26,1	41,1	11,4	20	32,2	8,1
Elveţia	22	29	14,9	21,3	30,7	11,8	24,8	36	13,5
Austria	18,9	28,2	9,6	22,2	35,8	9	25,3	38	12,5
Germania	16,9	24,8	8,8	17	26,2	7,9	17,1	25,5	8,7
Spania	10.2	16,1	4,4	8,7	13,2	4,3	8,8	13	5,3
M. Britanie	10,1	15,6	4,8	9,3	13,4	5,4	9,4	14,4	4,6
Grecia	6,0	11,4	0,8	3,9	7,6	0,3	5,8	8	3,7

SUICIDUL ÎN RÂNDUL VÂRSTNICILOR EUROPENI

În rândul vârstnicilor europeni suicidul continuă să fie o cauză importantă de mortalitate. Depresia, problemă majoră de sănătate în cazul persoanelor în etate, este foarte rar diagnosticată, aşa cum am arătat într-un capitol anterior, ceea ce poate înrăutăţi nu numai comorbidităţile medicale asociate, ci şi statisticile de suicid. Cele mai recente date ale Eurostat, prezentate în Tabelul nr. 3, aduc surprize importante în ceea ce priveşte evoluţia ratei suicidului la categoria de vârstă peste 85 de ani.

Astfel, dacă în anii anteriori bunicii din Ungaria, Slovenia şi Croaţia recurgeau la suicid în masă (ratele suicidului masculin în aceste ţări erau de 230,3, 231,4, respectiv de 221,8), în 2010 cele mai înalte rate de suicid în rândul vârstnicilor s-au înregistrat în Bulgaria. Cu o rată totală de suicid de 54,7 decese la 100.000 de locuitori (109,6 la bărbaţi şi 26,2 la femei), Bulgaria a ajuns în fruntea „topului" european al sinuciderilor pe 2010, devansând Ungaria (48,3 decese la 100.000 de locuitori), Lituania, Croaţia şi Austria.

România continuă să se afle sub media europeană la acest indicator, cu o rată de 19,6 decese la 100.000 de locuitori.

Analiza pe genuri relevă că femeile de peste 85 de ani apelează mult mai puţin la comportamente suicidare, comparativ cu bărbaţii. Incidenţe foarte mici ale suicidului feminin se înregistrează în Grecia, Marea Britanie, Irlanda şi România. Femeile din Lituania, Bulgaria, Croaţia şi Austria recurg la suicid într-o proporţie mult mai mare.

Tabelul nr. 3

Rate de suicid în rândul vârstnicilor din UE (peste 85 de ani). Sursa: Eurostat

Ţara	2010			2005			2000		
	Total	Bărbaţi	Femei	Total	Bărbaţi	Femei	Total	Bărbaţi	Femei
UE-27	23,2	54,8	9,7	28,5	67,8	13,1	31,8	77,8	14
România	19,6	42,6	7,8	18,8	39	8,7	19,9	27,3	16
Bulgaria	54,7	109,6	26,2	62,9	88,8	48,6	88,3	157,7	45,9
Ungaria	48,3	99,8	28,4	75,9	191,5	30,5	121	230,3	78,1
Lituania	47,1	47,7	47	50,8	96,6	35,7	66,7	138,6	38,5
Croaţia	42,6	105,4	21,4	31,1	79,5	14	87,4	221,8	35,6
Austria	41,2	100,8	20,2	58	152,7	25,9	61,8	159	27,3
Franţa	38,7	98,6	13,4	43,7	108,9	18,3	52	139,2	18,7
Portugalia	38,4	93	11,7	32,7	70,2	14,8	21,9	56,7	6
Slovenia	33,5	105,1	11,9	46,9	160,1	12,3	72,4	231,4	17,2
Cehia	33,4	92,2	11,1	46,1	115,1	21	47,9	105,8	26,2
Germania	31,4	73,6	15,9	35,1	84,2	19	39,3	101,1	19,9
Letonia	30,6	114,5	11,3	47	56,5	44,6	70,5	170,7	42,8
Grecia	8	17	0,9	13,8	27,6	3,6	7,5	15,7	2,2
M. Britanie	6,2	13,3	2,8	8,9	20	4,2	8,8	20,6	4,3
Irlanda	1,7	-	2,5	2,4	-	3,5	2,5	8,4	-

ROMÂNIA, SUB MEDIA UE LA SINUCIDERI

Anul trecut, în România s-au înregistrat 2.753 de sinucideri, conform datelor publicate în Raportul privind activitatea rețelei de medicină legală în 2012, comparativ cu 2.784 de sinucideri în 2011, 3.050 în 2010, 3.187 – în 2006 și 3.967 în anul de vârf 2000. În București, în 2012 s-au sinucis 178 de persoane, o scădere dramatică față de același an 2000, când și-au luat viața 511 persoane.

Circa 80% dintre sinucigași au fost bărbați. Cele mai frecvente metode de suicid la nivel național au fost: spânzurarea (82%), intoxicarea voluntară (6%), precipitarea/aruncarea de la înălțime (5%), producerea plăgilor cu obiecte tăietoare (2%), submersia/înecul voluntar (2%), împușcarea (1%) și provocarea de arsuri (1%).

Potrivit Raportului privind activitatea rețelei de medicină legală în 2010, sinuciderile din România sunt frecvente vara și primăvara, numărul lor scade semnificativ toamna, pentru ca iarna să se înregistreze cele mai puține cazuri. Zonele cu o incidență inexplicabil de mare a suicidului (aproape dublă față de media națională de circa 14,1 decese la 100.000 de locuitori) sunt: Harghita, Ilfov, Satu Mare, Târgu Mureș și Covasna. Un număr mare de decese prin suicid se constată, de asemenea, în Bihor și Arad.

Conform statisticilor Eurostat, România se află sub media UE la sinucideri, așa cum arătam anterior. Din 1994 până în 2008 România a reușit să-și reducă rata sinuciderilor cu 14%. O precauție în interpretarea datelor statistice pentru România se impune însă, în condițiile în care nu există metode specifice de apreciere a comportamentelor suicidare (izvorâte din atitudinea de devalorizare a propriei vieți), care stau la baza unor accidente de circulație produse în țara noastră. Potrivit Eurostat, România se află în fruntea topului european al mortalității prin accidente rutiere, alături de Lituania și Letonia.

O altă discuție legată de România este aceea că minoritățile naționale (din care cea maghiară are o pondere semnificativă în populația generală) contribuie semnificativ la rata națională a sinuciderilor. În sprijinul acestei idei sunt citate, într-un Raport din 2005 al Institutului Român de Criminologie (intitulat „Abordarea psihosocială a sinuciderii ca formă particulară a violenței"), studiile medicului Nicolae Minovici asupra spânzurării, realizate pe populația transilvăneană.

Potrivit dr. Minovici, în statisticile privind sinuciderea, datând din perioada 1891-1902, maghiarii erau urmați de romii transilvăneni și abia apoi de români („Ungurii sunt aceia care, ca naționalitate, dau spânzurătorii contingentul cel mai mare și la care adăugând romii transilvăneni, avem un total care întrece cu 1/2 numărul românilor", scria medicul român).

Categoriile sociale cu rata cea mai înaltă a sinuciderii erau la vremea respectivă, în această ordine: prostituatele, vagabonzii și hoții (persoane considerate fără ocupație), menajerele, cizmarii, muncitorii și comercianții, funcționarii, tâmplarii, brutarii, birjarii, zugravii, zidarii, cântăreții și cojocarii. Modalitățile lor de a-și lua viața erau: spânzurarea, împușcarea, otrăvirea, aruncarea în fața trenului sau pe fereastră, precum și asfixierea cu monoxidul de carbon rezultat din arderea incompletă a cărbunilor. Cei mai mulți dintre sinucigași aveau vârsta cuprinsă între 30 si 60 de ani, erau divorțați, văduvi sau celibatari.

Și în zilele noastre, județele cu populație preponderent maghiară continuă să conducă în topul românesc al sinuciderilor, așa cum rezultă din statisticile de medicină legală, prezentate anterior. O teorie genetică publicată în British Journal of Psychiatry (Marusic și Farmer, 2001) susține că maghiarii sunt mai înclinați spre sinucidere din cauza moștenirii lor uralo-altaice, care nu-i face compatibili cu consumul de alcool. Potrivit aceluiași raport al Institutului Român de Criminologie, 80% dintre sinucigașii României sunt bărbați și preferă să își ia zilele prin spânzurare, mai ales în lunile mai și iunie, fie că sunt orășeni, fie că provin din mediul rural. Această modalitate de a-și încheia socotelile cu lumea pământească, spânzurarea, se întâlnește frecvent în toată UE, dar este preponderentă în mediul rural. În Ungaria, modalitatea predilectă de sinucidere este aruncarea de pe poduri, în Dunăre. Încă o dată trebuie să precizăm că în cazul României nu se iau în considerare comportamentele suicidare ale șoferilor care provoacă accidente de circulație; s-ar putea ca această modalitate de a-și curma zilele să fie, de fapt, metoda națională de sinucidere în masă, și nu spânzurarea.

PREVENIREA SUICIDULUI, POLITICĂ MAJORĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Prevenirea suicidului este o politică majoră de sănătate publică. Parcurgerea documentelor UE, OECD și OMS pe această tematică, citate în bibliografia de la sfârșitul acestui capitol, ne-a relevat următoarele strategii de acțiune în domeniu:

- construirea unei baze solide și relevante de cunoștințe cu privire la suicid și la depresie (analiza cauzelor și a factorilor de risc);
- îmbunătățirea accesului la serviciile de sănătate mintală (inclusiv oferirea de consiliere prin intermediul serviciilor de e-sănătate, Internet și mass-media);
- utilizarea fondurilor structurale pentru incluziunea socială a persoanelor cu probleme de sănătate mintală;
- dezvoltarea factorilor protectivi care pot compensa acțiunea stresorilor externi și a factorilor de risc biologici/genetici – suportul familial, implicarea comunității, integrarea socială a persoanelor cu tulburări mintale, protecția locului de muncă, asigurarea unei vieți mai satisfăcătoare atât din punct de vedere social cât și al nivelului de trai; dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor sociale;
- reducerea expunerilor la gesturile suicidare ale altor persoane (responsabilitatea socială a mass-media);
- exerciții fizice și exerciții de păstrare a abilităților cognitive, în cazul persoanelor în vârstă;
- implicarea comunității în identificarea persoanelor cu risc de suicid, prin diseminarea în publicul larg a unor indicatori de recunoaștere a tulburării depresive (apatie/iritabilitate sau agitație, insomnie/somn excesiv, pierdere

ponderală mărcantă/câştig ponderal, schimbări în obiceiurile de muncă, vorbire încetinită/suspine şi pauze lungi, mişcarea continuă a mâinilor, privire stinsă, faţă tristă, mişcări încetinite ale corpului, stimă de sine scăzută, imposibilitatea de a păstra contactul vizual cu interlocutorii ş.a.).

Programele de consiliere pentru părinţi atenţionează asupra riscului de suicid la copiii care provin din familii aflate în divorţ, la cei cu un mod auto-depreciativ de gândire, precum şi la adolescenţii care adoptă comportamente beligerante sau de sfidare în relaţia cu adulţii. Descoperirea la timp a simptomelor depresive şi instituirea urgentă a tratamentului specific pot conduce la scăderea semnificativă a numărului sinuciderilor, consideră responsabilii de sănătate mintală.

BIBLIOGRAFIE

1. EUROPEAN PARLIAMENT, *Depressions and suicides: how to reduce the human cost of the crisis*, http://www.europarl.europa.eu/news/ en/headlines/content/ 20120618STO47109/html/ Depressions-and-suicides-how-to-reduce-the-human-cost-of-the-crisis, 2012.
2. EUROPEAN UNION, *Mental well-being: For a smart, inclusive and sustainable Europe*, http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/outcomes_pact_en.pdf, 2011.
3. EUROPEAN UNION, *Mental Health in the EU*, http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/ life_style/mental/docs/background_paper_en.pdf, 2008.
4. EUROSTAT, *Health*, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/ health/public_health/data_ public_health/database, 2011.
5. EUROSTAT, *Health*, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ ity_offpub/ch_03_2010/en/ch_03_2010-en.Pdf, 2010.
6. INSTITUTUL NAŢIONAL DE CRIMINOLOGIE, *Abordare psihosocială a sinuciderii ca formă particulară a violenţei*. Analiză documentară, 2005, disponibil la http://www.criminologie.ro/ SRCC/Lang/Romana/Study/Abordarea%20Psihosociala%20a%20Sinuciderii%20ca%20Forma%20 Particulara%20a%20Violentei.pdf .
7. INSTITUTUL NAŢIONAL DE MEDICINĂ LEGALĂ „MINA MINOVICI", *Raport asupra activităţii reţelei de medicină legală în anul 2012*, http://www.legmed.ro/doc/dds2012.pdf.
8. INSTITUTUL NAŢIONAL DE MEDICINĂ LEGALĂ „MINA MINOVICI", *Raport asupra activităţii reţelei de medicină legală în anul 2010*, http://www.legmed.ro/doc/dds2010.pdf .
9. MARUSIC, A., FARMER, A., *Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates*, The British Journal of Psychiatry, 2001, *179*, p. 194-196.
10. POPA, C., *Ţările vesele şi însorite ale UE au cel mai mic număr de sinucigaşi. Grecii sunt cel mai puţin dispuşi să-şi ia singuri viaţa*, romaningermania.ro.
11. OECD, *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_ glance-2010-en, 2010.
12. EUROPE 2010, http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf , 2010.
13. WORLD HEALTH ORGANISATION, 2006, *Preventing suicide, A resource for counsellors*, http://whqlibdoc.who.int/publications/ 2006/9241594314_eng.pdf.
14. WORLD HEALTH ORGANISATION, *Suicide prevention*, http://www.who.int/mental_health/ prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.

Capitolul 7

EVALUAREA RISCULUI SUICIDAR ÎN POPULAŢIA DE ADOLESCENŢI: PROPRIETĂŢI PSIHOMETRICE ALE VERSIUNII ÎN LIMBA ROMÂNĂ A SCALEI OSMAN

VIOREL ROBU*

Comparativ cu populaţia generală, adolescenţii constituie un grup de risc care prezintă o rată mai ridicată a actelor suicidare reuşite sau eşuate (Westefeld *şi al.*, 2000). Fiind o problemă majoră în domeniul sănătăţii publice, tentativele suicidare constituie una dintre conduitele patologice cele mai caracteristice adolescenţilor (Marcelli şi Berthaut, 2007). Într-un studiu de factură longitudinală realizat pe un eşantion de 9.679 de puberi şi adolescenţi norvegieni, cu vârste între 12 şi 20 de ani, Wichstrøm (2000) a raportat că 8,2% dintre subiecţii urmăriţi timp de doi ani încercaseră să se sinucidă în trecut. De asemenea, 2,7% dintre subiecţi au avut o tentativă suicidară chiar în timpul efecturării studiului. Conform datelor raportate de autor, prezenţa antecedentelor de tentativă suicidară, precum şi ideaţia suicidară au fost predictori semnificativi ai riscului de a comite suicidul în viitor.

În anul 2002, Organizaţia Mondială a Sănătăţii a dat publicităţii o statistică (pe grupe de vârstă) privind amploarea fenomenului suicidar în România. Din această statistică, se poate remarca un fapt foarte îngrijorător, şi anume existenţa, în anul 2002, a unui număr destul de mare de copii, puberi şi tineri care au reuşit să se sinucidă: 282, dintre care 46 cu vârste între 5 şi 14 ani, iar restul cu vârste între 15 şi 24 de ani (cf. Săucan, Liiceanu şi Micle, 2005). Pentru categoria de vârstă 5-14 ani, raportul dintre băieţi şi fete a fost de 3:1, iar pentru categoria de vârstă 15-24 de ani, raportul a fost de 5 băieţi la o fată.

Dintr-un alt studiu efectuat de către Agenţia Naţională pentru Sprijinirea Iniţiativelor Tinerilor (ANSIT) şi publicat în anul 2005 în revista *Gândul*, s-a constatat că, în perioada 2001-2005, ponderea sinuciderilor în rândul adolescenţilor şi al tinerilor români s-a menţinut relativ constantă, înregistrându-se o scădere doar cu 1,2% faţă de perioada imediat anterioară (cf. Săucan, Liiceanu şi Micle, 2005). Cele mai multe acte suicidare în rândul adolescenţilor şi al tinerilor s-au înregistrat în anul 2003. În acest an, din totalul cazurilor de act suicidar, adolescenţii cu vârste cuprinse între 15 şi 19 ani au reprezentat 18,3%, iar tinerii cu vârste între 20 şi 24 de ani au reprezentat 35,4%.

* Universitatea „Petre Andrei" din Iaşi, Departamentul de Ştiinţe Socio-Umane, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei; Centrul de Consiliere Educaţională şi Formare Creativă „Ion Holban", Strada Ghica Vodă, nr. 13, 700400, Iaşi, România; e-mail: robuviorel_upa@yahoo.com.

Printre factorii care contribuie la creşterea riscului pentru conduita suicidară în rândul adolescenţilor, se numără (Arnautovska şi Grad, 2010; Johnson, Krug şi Potter, 2000; Marcelli şi Berthaut, 2007; Westefeld *şi al.*, 2000; Wichstrøm, 2000): genul (băieţii mor mai frecvent ca urmare a unui act suicidar reuşit), nivelul scăzut al autovalorizării, impulsivitatea (şi domeniul de trăsături mai general referitor la instabilitatea în planul funcţionării emoţionale), credinţele favorabile faţă de conduita suicidară, depresia, abuzul de alcool, reziliența scăzută în situaţia de divorţ al părinţilor sau în confruntarea cu alte disfuncţii familiale, prezenţa antecedentelor suicidare, disponibilitatea armelor de foc etc.

SCALA OSMAN PENTRU EVALUAREA RISCULUI SUICIDAR

Există o varietate de instrumente destinate evaluării comportamentelor din spectrul suicidar şi al riscului în rândul copiilor şi al adolescenţilor (pentru o sinteză cuprinzătoare, a se vedea Goldston, 2000). Dintre aceste instrumente, am selectat, am tradus, am adaptat şi am experimentat scala revizuită propusă de Osman şi colaboratorii săi. În denumirea sa originală, Suicide Behaviours Questionnaire-Revised (SBQ-R), scala propusă de A. Osman şi colaboratorii săi prezintă simplitatea şi economicitatea care permit obţinerea unor informaţii valoroase de către psihologii clinicieni sau psihiatrii care consultă pacienţi cu tulburări depresive şi/sau istorie suicidară ori cu alte probleme. Scala vizează evaluarea riscului suicidar, prin intermediul operaţionalizării următoarelor aspecte (Osman *et al.*, 2001): istoria ideaţiei şi a tentativelor suicidare de-a lungul vieţii (primul item), frecvenţa ideaţiei suicidare în ultimul an (al doilea item), destăinuirea faţă de o altă persoană cu privire la tentativa suicidară sau ameninţarea cu suicidul (al treilea item), respectiv probabilitatea comiterii suicidului în viitor (ultimul item). Scorul la scală este considerat indicator al istoriei comportamentelor care prezintă risc pentru comiterea suicidului în viitor. Datorită formulărilor foarte simple pe care le au itemii, administrarea acestei scale foarte scurte în scop de *screening* populaţional permite obţinerea unor date utile pentru identificarea persoanelor de diferite vârste aflate în risc.

Pentru fiecare item în parte, subiectul trebuie să aleagă o variantă dintre cinci, şase sau şapte care sunt disponibile (a se vedea Caseta 1). Scorarea fiecărui item implică acordarea unui punctaj în funcţie de varianta de răspuns aleasă de subiect, după cum urmează: *item 1* – 1 punct pentru prima variantă, 2 puncte pentru a doua variantă, 3 puncte pentru a treia sau a patra variantă, 4 puncte pentru a cincea sau a şasea variantă, *item 2* – 1 punct pentru prima variantă, 2 puncte pentru a doua variantă, 3 puncte pentru a treia variantă, 4 puncte pentru a patra variantă şi 5 puncte pentru a cincea variantă, *item 3* – 1 punct pentru prima variantă, 2 puncte pentru a doua sau a treia variantă, respectiv 3 puncte pentru a patra sau a cincea variantă, *item 4* – 0 puncte pentru prima variantă, 1 punct pentru a doua variantă, 2 puncte pentru a treia variantă, 3 puncte pentru a patra variantă, 4 puncte pentru a cincea variantă, 5 puncte pentru a şasea variantă, respectiv 6 puncte pentru a şaptea

variantă (variantele de răspuns sunt redate în Caseta 1). Scorul la scală se obţine prin însumarea scorurilor la itemi, putând fi cuprins între 3 şi 18.

Caseta 1

Versiunea de lucru în limba română pentru Suicidal Behaviors Questionnaire Revised/SBQ-R (traducere şi adaptare realizată de Viorel Robu)

Pune un „X" în căsuţa din faţa uneia dintre afirmaţiile de mai jos care se potriveşte cel mai bine cu situaţia ta. Fii sincer(ă) şi răspunde la toate cele **patru** întrebări:

1. Ţi-a trecut vreodată prin minte să-ţi iei viaţa sau ai încercat asta? (*pune un „X" în dreptul variantei care se potriveşte cu situaţia ta*)

□ niciodată
□ mi-a trecut prin cap un gând, pentru o fracţiune de secundă
□ am avut cel puţin odată un plan de a-mi lua viaţa, **dar nu am încercat să o fac**
□ am avut cel puţin odată un plan de a-mi lua viaţa **şi chiar am vrut să mor**
□ am încercat să-mi iau viaţa, *dar nu am vrut să mor*
□ am încercat să-mi iau viaţa *şi chiar am sperat să mor*

2. Cât de des te-ai gândit să-ţi iei viaţa, în ultimul an? (*pune un „X" în dreptul variantei care se potriveşte cu situaţia ta*)

□ niciodată
□ o singură dată
□ de 2 ori
□ de 3-4 ori
□ de 5 ori sau chiar de mai multe ori

3. Ai spus vreodată cuiva că ai încercat să-ţi iei viaţa sau că s-ar putea să faci acest lucru? (*pune un „X" în dreptul variantei care se potriveşte cu situaţia ta*)

□ nu
□ **da, o singură dată**, dar nu vroiam cu adevărat să mor
□ **da, o singură dată** şi chiar vroiam să mor
□ *da, de două sau mai multe ori*, dar nu vroiam cu adevărat să o fac
□ *da, de două sau mai multe ori* şi chiar vroiam cu adevărat să o fac

4. Cât de posibil este ca, într-o zi, să încerci să-ţi iei viaţa? (*pune un „X" în dreptul variantei care se potriveşte cu situaţia ta*)

□ niciodată nu voi face acest lucru
□ aproape nici o şansă să fac acest lucru
□ foarte puţin posibil să fac acest lucru
□ puţin posibil să fac acest lucru
□ posibil să fac acest lucru
□ destul de posibil să fac acest lucru
□ foarte posibil să fac acest lucru

Mai mulţi cercetători au utilizat doar răspunsul la itemul 1 („Ţi-a trecut vreodată prin minte să-ţi iei viaţa sau ai încercat asta?"), pentru a împărţi

respondenții în două grupuri: a) cu risc suicidar și b) fără istorie suicidară (cf. Osman *și al.*, 2001). Astfel, respondenții care obțin la primul item scorul 1 (pentru că au ales varianta *niciodată*) sau scorul 2 (pentru că au ales varianta *mi-a trecut prin cap un gând, pentru o fracțiune de secundă*) trebuie incluși în grupul fără risc suicidar, în timp ce respondenții care obțin scorurile 3 sau 4 (pentru că au ales una din restul de patru variante de răspuns) trebuie incluși în grupul cu risc suicidar.

Instrumentul SBQ-R a fost explorat din punct de vedere psihometric, dovedind proprietăți foarte bune. Osman și colaboratorii săi (2001) au raportat date psihometrice pentru patru eșantioane de conveniență, dintre care două de adolescenți (unul clinic și altul non-clinic), unul de studenți (non-clinic) și unul de adulți asistați pentru diverse tulburări mentale. Eșantionul de adolescenți fără tulburări psihiatrice a inclus 138 de elevi de liceu. Eșantionul de adolescenți care fuseseră diagnosticați cu și asistați pentru diverse tulburări mentale (de exemplu: tulburări de comportament sau tulburarea depresivă majoră) a inclus 120 de adolescenți, cu vârste cuprinse între 14 și 17 ani. Pentru ambele eșantioane, fetele au înregistrat medii ale scorurilor la SBQ-R semnificativ mai ridicate (cf. Osman *et al.*, 2001). Atât în eșantionul non-clinic, cât și în cel clinic, adolescenții care au fost incluși în grupul cu risc suicidar au înregistrat medii ale scorurilor la SBQ-R semnificativ mai ridicate, comparativ cu adolescenții fără risc suicidar. Osman și colaboratorii săi (2001) au raportat valori foarte bune ale consistenței interne (coeficientul α) pentru scala SBQ-R: 0,88 – eșantionul de adolescenți cu tulburări mentale și 0,87 – eșantionul non-clinic de adolescenți.

În alte două studii care au vizat evaluarea din punct de vedere psihometric a inventarului PANSI (Positive and Negative Suicide Ideation), destinat evaluării factorilor de risc (scala PANSI-NI) și a factorilor protectivi (scala PANSI-PI) în raport cu ideația suicidară, Osman și colaboratorii săi (2002, 2003) au oferit date suplimentare privind validitatea scalei SBQ-R, pe care au inclus-o printre instrumentele administrate pentru explorarea validității de construct a inventarului PANSI. Astfel, într-un eșantion de adolescenți asistați pentru diverse tulburări mentale, scorurile la SBQ-R au diferențiat semnificativ adolescenții care avuseseră una sau mai multe tentative suicidare de cei care nu avuseseră tentative, dar erau în situație de risc, respectiv de cei fără tentative suicidare și fără risc (Osman *et al.*, 2002). În cadrul aceluiași studiu, scorurile la SBQ-R au corelat pozitiv ($r = 0,50$; $p < 0,01$) cu scorurile la PANSI-NI, respectiv negativ ($r = -0,34$; $p < 0,01$) cu scorurile la PANSI-PI, aceste date cumulându-se la dovezile deja existente cu privire la validitatea de construct (convergentă) a SBQ-R.

Într-un studiu prin care s-a urmărit validarea inventarului PANSI pe un eșantion non-clinic de adolescenți ($N = 217$), valoarea raportată pentru consistența internă a scalei SBQ-R a fost egală cu 0,79; iar scorurile la scală s-au diferențiat semnificativ în grupurile de adolescenți fără tulburări mentale, dar care prezentau risc suicidar scăzut, adolescenți fără tulburări mentale și cu risc suicidar ridicat, respectiv adolescenți cu tulburări mentale și cu risc suicidar ridicat, aceștia din urmă înregistrând cea mai ridicată valoare a mediei (cf. Osman *et al.*, 2003).

În rândul adolescenților români fără tulburări mentale, scala SBQ-R a fost experimentată în cadrul unui studiu pilot efectuat pe un eșantion de conveniență,

care a inclus 118 de elevi de liceu, cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani (Robu, 2011). În acest studiu, valoarea consistenței interne a fost egală cu 0,76. Fetele au înregistrat o medie a scorurilor semnificativ mai ridicată ($M = 6,47$; $AS = 3,28$) decât media obținută de băieți ($M = 5,14$; $AS = 2,82$). Vârsta nu a reprezentat un factor de diferențiere, în ceea ce privește nivelul riscului suicidar.

PREZENTUL STUDIU

SCOP

Prin ancheta pe care am realizat-o, ne-am propus evaluarea riscului suicidar în rândul adolescenților români cu vârste între 14/15 și 18/19 ani dintr-un lot comunitar, precum și explorarea proprietăților psihometrice ale SBQ-R. Datele obținute au permis estimarea proprietăților psihometrice referitoare la: validitatea de construct (structura factorială, validitatea convergentă), fidelitatea (consistența internă) și validitatea de criteriu (concurentă). Ținând cont de natura instrumentului prin care au fost colectate datele din teren, studiul a implicat un *screening* de mici dimensiuni, ale cărui date au permis atât estimarea prevalenței riscului suicidar în populația de adolescenți, cât și obținerea unor repere normative pentru SBQ-R.

LOT EXPERIMENTAL ȘI PROCEDURĂ

Respondenții au fost recrutați în urma unei proceduri de eșantionare non-aleatorie, prin tehnica bulgărelui de zăpadă. Protocoalele (care au inclus mai multe chestionare) au fost administrate de către autorul prezentei lucrări, în colaborare cu profesorii psihopedagogi din instituțiile de învățământ liceal din care au fost recrutați respondenții. Înainte de completarea chestionarelor, respondenților li s-a precizat că, în cazul în care doreau un rezumat al rezultatelor la chestionare, puteau să-și treacă pe protocoale numele și prenumele. Majoritatea au procedat ca atare. Administrarea chestionarelor a fost realizată colectiv, în timpul orelor obișnuite de curs. Au fost excluse din analize toate protocoalele cu răspunsuri invalide (incomplete sau „atipice"). Următoarele date au fost obținute prin prelucrarea a 609 protocoale cu răspunsuri, care au fost reținute în baza de date finală. Vârstele respondenților (189 băieți, 410 fete și 10 adolescenți care nu au indicat genul) au fost cuprinse între 14 și 19 ani ($M = 16,96$ ani; $AS = 1,32$ ani). Repartiția în funcție de clasa școlară s-a prezentat, după cum urmează: 29,7% – clasa a IX-a, 33,7% – clasa a X-a, 8,5% – clasa a XI-a, 27,6% – clasa a XII-a și 0,5% – respondenți care nu au indicat clasa școlară. Din întregul lot de respondenți, 490 au fost solicitați să indice dacă, până în momentul realizării studiului, încercaseră să se sinucidă. Dintre aceștia, 486 au dat un răspuns (DA sau NU). Cincisprezece (adică 2,5%) au răspuns afirmativ, validându-și răspunsul prin scorul la primul item din SBQ-R, precum și prin scorul total la scală. De asemenea, cei 490 de adolescenți au completat și alte instrumente, printre care a fost inclus și un chestionar destinat evaluării atitudinii față de actul suicidar (a se vedea următoarea secțiune a prezentei lucrări).

ALTE CHESTIONARELE ADMINISTRATE

Atitudinea față de suicid a fost măsurată cu versiunea în limba română a unui instrument – Cuestionario de Creencias Actitudinales Sobre el Comportamiento Suicida/CCCS-18 (Ruiz Hernández *et al.*, 2005). Elaborat de un grup de cercetători de la Universitatea din Murcia (Spania), chestionarul a fost construit și testat din punct de vedere psihometric din nevoia de a dezvolta un instrument scurt și ușor de gestionat, util pentru identificarea credințelor favorabile față de conduita suicidară care constituie un factor de risc pentru ideația suicidară, planificarea gestului suicidar, respectiv tentativa suicidară (Arnautovska și Grad, 2010; Gibb, Andover și Beach, 2006; Joe, Romer și Jamieson, 2007). Analizele factoriale întreprinse de autori au evidențiat patru factori relativ independenți, care au explicat împreună 60.74% din varianța scorurilor la itemi și care au reflectat credințele respondenților cu privire la (cf. Ruiz Hernández *et al.*, 2005): legitimitatea suicidului (în general), legitimitatea suicidul în rândul bolnavilor aflați în stadiul terminal, dimensiunea morală a suicidului, respectiv propriul suicid.

Chestionarul include 18 itemi cu alegere multiplă a răspunsurilor: 1 – *dezacord total*, 2 – *mai degrabă în dezacord*, 3 – *ușor în dezacord*, 4 – *indecis(ă)*, 5 – *înclin spre acord*, 6 – *mai degrabă de acord* și 7 – *total de acord*. Fiecare item poate primi un scor de la 1 la 7. Pentru fiecare dimensiune în parte, scorul unui respondent se obține prin însumarea scorurilor la itemii aferenți și împărțirea sumei la numărul de itemi alocați acelei dimensiuni. Scopul la o dimensiune poate fi cuprins între 1 și 7. De asemenea, se poate calcula un scor global (media scorurilor la itemi), acesta putând fi cuprins între 1 și 7. Un scor ridicat la fiecare dintre scalele din CCCS-18 semnifică o atitudine favorabilă față de fațeta actului suicidar, la care se referă scala respectivă.

Pentru lotul de adolescenți români care au completat CCCS-18, valorile consistenței interne (coeficientul α) au fost: ansamblul itemilor – 0,83 (lot total), 0,82 (fete), 0,86 (băieți), scala referitoare la legitimitatea suicidului – 0,67 (lot total), 0,66 (fete), 0,70 (băieți), scala referitoare la suicidul în rândul bolnavilor aflați în stadiul terminal – 0,68 (lot total), 0,69 (fete), 0,67 (băieți), scala referitoare la dimensiunea morală a suicidului – 0,60 (lot total), 0,55 (fete), 0,68 (băieți) și scala referitoare la propriul suicid – 0,76 (lot total), 0,77 (fete), 0,71 (băieți).

REZULTATE

DATE ALE ANALIZEI DE ITEMI

Pentru distribuțiile scorurilor pe care adolescenții le-au obținut la itemii din SBQ-R, valorile mediei și ale abaterii standard au fost: M = 1,62, AS = 0,81 (item 1), M = 1,41, AS = 0,89 (item 2), M = 1,28, AS = 0,54 (item 3), respectiv M = 0,52, AS = 0,99 (item 4). Toate corelațiile dintre scorurile la itemi au fost semnificative ($p < 0,001$). Valorile acestora au indicat asocieri de intensitate moderată, după cum urmează: 0,65 (item 1-item 2), 0,58 (item 1-item 3), 0,51 (item 1-item 4), 0,50 (item 2-item 3), 0,40 (item 2-item 4), respectiv 0,40 (item 3-item 4).

DATE ALE ANALIZEI FACTORIALE CONFIRMATORII

Datele obținute prin efectuarea analizei factoriale exploratorii (metoda identificării componentelor principale, cu rotație *varimax*) au evidențiat un singur factor latent care a explicat 64,9% din varianța scorurilor la itemii din SBQ-R. Saturațiile itemilor în factorul extras (care a fost denumit prin termenul *nivel al riscului suicidar*) au avut următoarele valori: 0,87 (item 1), 0,79 (item 2), 0,80 (item 3), respectiv 0,75 (item 4). Valorile comunalităților au fost: 0,75 (item 1), 0,62 (item 2), 0,64 (item 3) și 0,56 (item 4).

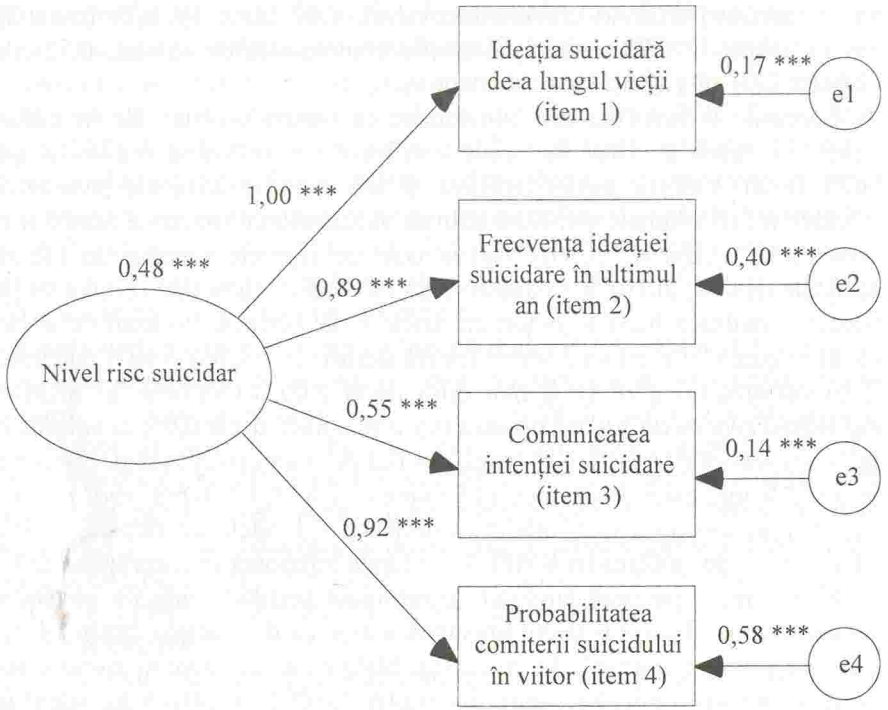
Scorurile la itemi au fost considerate ca variabile observate (manifeste), în vederea efectuării analizei factoriale confirmatorii, utilizând opțiunile aplicației AMOS 16.00. Valorile nestandardizate și cele standardizate ale parametrilor de măsurare au fost estimate utilizând tehnica verosimilității maxime (engl. *maximum likelihood*/ML) (Byrne, 2010). Ținând cont de reperele sugerate în literatura de specialitate (Byrne, 2010), am considerat că modelul de măsurare rezultat va prezenta o adecvare statistică bună în raport cu datele brute obținute pe lotul de adolescenți, dacă: a) valoarea lui χ^2 nu va fi semnificativă statistic ($p > 0,05$) și va fi mai mică decât $2df$; b) valoarea lui χ^2/df va fi mai mică decât 2,00; c) valorea lui SRMR (engl. *standardized root mean square residual*) va fi mai mică decât 0,05; d) valorile lui GFI (engl. *goodness-of-fit index*), NFI (engl. *normed fit index*) și CFI (engl. *comparative fit index*) vor fi mai mari decât 0,95; e) valoarea lui RMSEA (engl. *root mean square error of approximation*) va fi mai mică decât 0,05, limitele intervalului de încredere vor fi apropiate de valoarea lui RMSEA, iar limita inferioară va fi apropiată de 0,00.

Figura nr. 1 prezintă modelul de măsurare rezultat (valorile nestandardizate ale parametrilor). Factorul latent presupus a explica diferențele dintre adolescenți, în ceea ce privește scorurile la itemii din SBQ-R, a fost nivelul riscului suicidar. Toți itemii au fost indicatori semnificativi ($p < 0,001$) ai factorului latent ipotetic (valorile nestandardizate ale parametrilor de măsurare au fost cuprinse între 0,55 și 1,00). Modelul de măsurare rezultat a prezentat o adecvare foarte bună în raport cu datele brute, întrucât: a) valoarea lui χ^2 nu a fost semnificativă statistic și nu a depășit limita $2df$ (= 4,00); b) valoarea raportului χ^2/df a fost mai mică decât 2,00; c) valorea lui SRMR a fost mult mai mică decât 0,05; d) valorile lui GFI, NFI și CFI au fost mai mari decât 0,95; e) RMSEA a înregistrat o valoare mai mică decât 0,05, limitele intervalului de încredere au fost apropiate de valoarea lui RMSEA, iar limita inferioară a fost egală cu 0,00.

FIDELITATEA SCALEI SBQ-R

Pentru estimarea fidelității versiunii în limba română a SBQ-R, a fost calculată consistența internă a itemilor, utilizându-se coeficientul α propus de J. L. Cronbach. Acest coeficient poate lua valori între 0 și 1. Valori ale coeficientului α egale cu sau mai mari decât 0,80 indică o consistență internă satisfăcătoare, atunci când un instrument este utilizat în scopul screeningului, în timp ce valori egale cu sau mai mari decât 0,90 indică o consistență internă foarte bună, mai ales atunci când un

instrument este utilizat pentru evaluare în scopul intervenției (Wasserman și Bracken, 2003). Pentru lotul reprezentat de cei 690 adolescenți pe care a fost realizat screeningul, valorile consistenței interne a SBQ-R au fost satisfăcătoare: 0,79 (lot total), 0,80 (fete), 0,76 (băieți), 0,82 (elevi de clasa a IX-a), 0,78 (elevi de clasa a X-a), 0,81 (elevi de clasa a XI-a), respectiv 0,76 (elevi de clasa a XII-a).



Notă: $\chi^2 = 2,49$; $df = 2$; $p > 0,05$; $\chi^2/df = 1,24$; SRMR = 0,009; GFI = 0,99; NFI = 0,99; CFI = 0,99; RMSEA = 0,020 (90% CI: 0,000–0,086)
*** $p < 0,001$ (N = 609)

Figura nr. 1 – Modelul de măsurare pentru SBQ-R

Pentru ansamblurile reprezentate de itemii scalei SBQ-R, care au rezultat prin eliminarea, pe rând, a câte unui item, valorile coeficientului α au fost: 0,68 (itemul 1), 0,74 (itemul 2), 0,76 (itemul 3) și 0,78 (itemul 4). Se poate constata importanța din punct de vedere psihometric pe care o are primul item al scalei. Un indicator suplimentar al consistenței interne a scalei SBQ-R a fost reprezentat de valorile corectate ale corelațiilor dintre scorurile la itemi și scorul total: 0,72 (item 1), 0,61 (item 2), 0,62 (item 3), respectiv 0,57 (item 4).

VALIDITATEA SCALEI SBQ-R

Corelațiile semnificative dintre scorurile pe care adolescenții din lotul investigat le-au obținut la SBQ-R și scorurile la CCCS-18 reprezintă o dovadă a validității

convergente a versiunii în limba română pentru SBQ-R: 0,44 ($p < 0,001$) – cu scorul total la CCCS-18, 0,36 ($p < 0,001$) – cu scorul la scala referitoare la legitimitatea suicidului, 0,19 ($p < 0,001$) – cu scorul la scala referitoare la suicidul în rândul bolnavilor aflați în stadiul terminal, 0,17 ($p < 0,001$) – cu scorul la scala referitoare la dimensiunea morală a suicidului, respectiv 0,63 ($p < 0,001$) – cu scorul la scala referitoare la propriul suicid.

O altă fațetă a validității versiunii în limba română a scalei SBQ-R, pe care am explorat-o, a fost validitatea de criteriu (concurentă). Astfel, adolescenții (N = 15) care au indicat faptul că, până în momentul realizării studiului, încercaseră să se sinucidă au înregistrat o medie a scorurilor la SBQ-R (M = 11,00; AS = 2,87) semnificativ mai mare ($t = 8,87$; $p < 0,001$), comparativ cu media (M = 4,35; AS = 2,04) obținută de adolescenții (N = 471) care au răspuns negativ la întrebarea corespunzătoare. Pentru comparația realizată, mărimea efectului a fost foarte ridicată ($d_{Cohen} = 3,22$), dacă ținem cont de sugestiile pe care Cohen (1992) le oferă pentru interpretarea calitativă a valorii mărimii efectului în cazul comparării a două grupuri sau eșantioane independente.

COMPARAȚII ÎN FUNCȚIE DE GEN ȘI CLASĂ ȘCOLARĂ

Datele pe care le-am obținut în urma prelucrării protocoalelor cu răspunsuri au indicat un risc suicidar mai ridicat în rândul fetelor, comparativ cu cel al băieților: $M_{fete} = 5,10$, $AS_{fete} = 2,73$, $M_{băieți} = 4,33$, $AS_{băieți} = 2,29$, $t = 3,58$, $p < 0,001$. Mărimea efectului pe care variabila *gen* l-a avut asupra scorurilor la SBQ-R obținute de către adolescenții investigați a fost modestă ($d_{Cohen} = 0,30$). Totuși, diferența semnificativă (în defavoarea fetelor) este concordantă cu datele raportate în alte studii (Osman *et al.*, 2001, 2003; Robu, 2011).

De asemenea, datele au evidențiat un efect semnificativ din partea variabilei *clasă școlară* (implicit, variabila *vârstă*) asupra scorurilor pe care adolescenții le-au obținut la SBQ-R ($F = 4,98$; $p < 0,01$), deși mărimea efectului a fost scăzută ($f_{Cohen} = 0,14$). Pentru subloturile de adolescenți diferențiate în funcție de clasa școlară, valorile caracteristice distribuțiilor scorurilor au fost: M = 4,45, AS = 2,41 (elevi de clasa a IX-a), M = 5,40, AS = 2,86 (elevi de clasa a X-a), M = 4,63, AS = 2,36 (elevi de clasa a XI-a), respectiv M = 4,65, AS = 2,48 (elevi de clasa a XII-a). Elevii de clasa a X-a au obținut o medie semnificativ mai ridicată decât media înregistrată în sublotul elevilor de clasa a IX-a ($t = 3,65$; $p < 0,01$).

REPERE NORMATIVE

Pentru întregul lot de adolescenți pe care a fost experimentată versiunea în limba română a SBQ-R, scorurile au fost cuprinse între 3 și 16. Valorile caracteristice distribuției scorurilor au fost: M = 4,85, mediana = 4,00 și AS = 2,61. Distribuția scorurilor a prezentat o asimetrie pozitivă sau spre stânga (skewness = 1,71), fiind leptocurtică (kurtosis = 2,57). Distribuția scorurilor s-a îndepărtat de la condiția

de normalitate (valoarea testului Shapiro-Wilk a fost egală cu 0,74, $p < 0,001$). De aceea, pentru etalonarea SBQ-R, s-a apelat la tehnica delimitării intervalelor de scoruri în funcție de reperele $m + s$, $m + 2s$ și $m + 3s$. Valorile acestor repere au fost: $m + s = 4.85 + 2.61 = 7.46 \approx 7$, $m + 2s = 4.85 + 2 \times 2.61 = 10.07 \approx 10$, respectiv $m + 3s = 4.85 + 3 \times 2.61 = 12.68 \approx 13$. În funcție de aceste valori, au fost delimitate următoarele intervale de scoruri la SBQ-R, respectiv repere pentru interpretarea calitativă a acestora: a) scoruri cuprinse între 3 și 7 (risc suicidar scăzut); b) scoruri cuprinse între 8 și 10 (risc suicidar moderat/necesită monitorizare atentă și consiliere, mai ales în situații de criză); c) scoruri cuprinse între 11 și 13 (risc suicidar ridicat/necesită monitorizare atentă și consiliere psihologică în regim de urgență, pentru prevenirea unui gest probabil); d) scoruri cuprinse între 14 și 18 (risc suicidar foarte ridicat/necesită monitorizare atentă și consiliere psihologică în regim de urgență, pentru prevenirea recidivei). Ținând cont de aceste repere, în lotul de adolescenți investigat, prevalența riscului suicidar a fost egală cu 5,09% (lot total), 6,3% (sublot de fete), respectiv 2,6% (sublot de băieți).

Reperele cantitative și calitative pe care le-am prezentat sunt orientative, fiind necesare date specifice (de factură longitudinală), pentru determinarea scorului critic, căruia să-i corespundă valori optime ale senzitivității și specificității instrumentului.

CONCLUZII

Scala propusă de A. Osman și colaboratorii săi (2001) a fost proiectată pentru a permite evaluarea rapidă a riscului suicidar în populația de adolescenți și adulți. Scala SBQ-R este scurtă, include itemi cu formulări foarte accesibile și este fundamentată pe studii de factură psihometrică consistente. De aceea, poate fi un instrument util pentru screeningul riscului suicidar și al comportamentelor din acest spectru în populația de adolescenți. După cunoștința noastră, în România, nu sunt disponibile studii care să ofere practicienilor și cercetătorilor informații despre proprietățile psihometrice ale instrumentului SBQ-R. Prezentul studiu oferă date despre fidelitatea și validitatea versiunii în limba română a scalei SBQ-R, care a fost experimentată pe un lot de 609 adolescenți.

Evaluarea riscului suicidar în populația de adolescenți implică un demers clinic mult mai nuanțat, care nu poate fi limitat la simpla lectură a scorurilor la instrumente de *screening*. De pildă, la scala SBQ-R, un adolescent poate să indice că: a) a încercat să-și ia viața, dar nu a vrut să moară (a cincea variantă de răspuns la primul item, care se scorează cu 4 puncte); b) în ultimul an, nu s-a gândit niciodată să-și ia viața (prima variantă de răspuns la cel de-al doilea item, care se scorează cu 1 punct); c) nu a spus niciunei persoane că a încercat să-și ia viața sau că s-ar putea să facă acest lucru (prima variantă de răspuns la cel de-al treilea item, care se scorează tot cu 1 punct) și d) în viitor, nu va mai încerca niciodată să-și ia viața (prima variantă de răspuns la ultimul item, care se scorează cu 0 puncte). Acest *pattern* de răspunsuri conduce la un scor egal cu 6. Totuși, putem fi siguri că adolescentul nu prezintă riscul pentru o nouă tentativă suicidară, ținând cont de faptul că, chiar dacă nu a dorit să moară, are un antecedent în acest sens? De aceea, considerăm că analiza răspunsurilor pe care un adolescent le-a dat la fiecare dintre itemii scalei SBQ-R trebuie completată cu realizarea unei întrevederi de profunzime, care să urmărească colectarea informațiilor relevante pentru înțelegerea semnificațiilor pe care le au eventualele antecedente suicidare, precum și identificarea factorilor de risc (familiali, în plan școlar, situații de criză etc.).

Pe de altă parte, în rândul adolescenților, riscul suicidar poate fi subestimat, prin efectul de tăinuire a antecedentelor. Acest aspect metodologic este evidențiat de numărul falșilor negativi: adolescenții care, în urma completării unui instrument de tip *screening* (cum este, de exemplu, SBQ-R) nu au reieșit cu risc suicidar, însă, ulterior, ajung să săvârșească una sau mai multe tentative suicidare sau se descoperă că au istorie de conduită suicidară. De aceea, validarea unui instrument destinat screeningului riscului suicidar în populația de adolescenți reclamă estimarea a doi indicatori importanți ai validității de criteriu: senzitivitatea și specificitatea. Este vorba despre un demers metodologic pe care ni-l propunem, pentru rafinarea datelor privitoare la validitatea scalei SBQ-R.

Evaluarea riscului suicidar în populația de adolescenți necesită integrarea informațiilor obținute din mai multe surse prin metode clinice variate (abordare integrativă) și trebuie completată cu instituirea imediată a măsurii de monitorizare și de consiliere prezentivă a adolescenților și a aparținătorilor, chiar și atunci când riscul suicidar pare a fi la limită sau scăzut.

BIBLIOGRAFIE

1. ARNAUTOVSKA, U., & GRAD, O. T., *Attitudes toward suicide in the adolescent population*, The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, **31**, *1*, 2010, p. 22-29.
2. BYRNE, B. M., *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.), New York, Routledge, 2010.
3. COHEN, J., *A power primer*, Psychological Bulletin, **112**, *1*, 1992, p. 155-159.
4. GIBB, B. E., ANDOVER, M. S., & BEACH, R. H., *Suicidal ideation and attitudes toward suicide*, Suicide and Life-Threatening Behavior, **36**, *1*, 2006, p. 12-18.
5. GOLDSTON, D., *Assessment of Suicidal Behaviors and Risk Among Children and Adolescents*. Technical report submitted to NIMH under Contract No. 263-MD-909995, 2000. Document disponibil pe www.suicidology.org la data de 28.08.2013.
6. JOE, S., ROMER, D., & JAMIESON, P., *Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults*, Suicide and Life-Threatening Behavior, **37**, *2*, 2007, p. 165-178.
7. JOHNSON, G. R., KRUG, E., & POTTER, L. B., *Suicide among adolescents: A cross-national comparison of 34 countries*, Suicide and Life-Threatening Behavior, **30**, *1*, 2000, p. 74-82.
8. MARCELLI, D., BERTHAUT, É., *Depresie și tentative de suicid la adolescență* (trad.), Iași, Editura Polirom, 2007.
9. OSMAN, A., BAGGE, C. L., GUITIERREZ, P. M., KONICK, L. C., KOPPER, B. A., & BARRIOS, F. X., *The Suicidal Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples*, Assessment, **8**, *4*, 2001, p. 443-454.
10. OSMAN, A., BARRIOS, F. X., GUITIERREZ, P. M., WRANGHAM, J. J., KOPPER, B. A., TRUELOVE, R. S., & LINDEN, S. C., *The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples*, Journal of Personality Assessment, **79**, *3*, 2002, p. 512-530.

11. OSMAN, A., GUITIERREZ, P. M., JIANDANI, J., KOPPER, B. A., BARRIOS, F. X., LINDEN, S. C., & TRUELOVE, R. S., *A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with normal adolescent samples*, Journal of Clinical Psychology, **59**, *4*, 2003, p. 493-512.
12. ROBU, V., *Evaluarea riscului suicidar în rândul adolescenților. Experimentarea unei scale de tip screening*, în vol. *Materialele Conferinței Științifice Internaționale „Integrarea psihologiei și medicinei în sistemul învățământului în secolul XXI. Provocări și perspective"*, Chișinău, Direcția Generală Educație, Tineret și Sport, 2011, p. 85-96.
13. RUIZ HERNÁNDEZ, J. A., NAVARRO-RUIZ, J. M., TORRENTE HERNÁNDEZ, G., RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, Á., *Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18*, Psicothema, **17**, *4*, 2005, p. 684-690.
14. SĂUCAN, D.-Ş., LIICEANU, A., MICLE, M. I., *Abordare psihosocială a sinuciderii ca formă particulară a violenței. Analiză documentară*, București, Institutul Național de Criminologie, 2005. Studiu disponibil pe www.criminologie.ro la data de 27.08.2013.
15. WASSERMAN, J. D., & BRACKEN, B. A., *Psychometric characteristics of assessment procedures*, în J. B. WEINER (Editor-in-Chief), *Handbook of Psychology (Volume 10: Assessment Psychology)*, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc., 2003, p. 43-66.
16. WESTEFELD, J. S., RANGE, L. M., ROGERS, J. R., MAPLES, M. R., BROMLEY, J. L., & ALCORN, J., *Suicide: An overview*, The Counseling Psychologist, **28**, *4*, 2000, p. 445-510.
17. WICHSTRØM, L., *Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000, **39**, *5*, p. 603-610.

Capitolul 8

CRIZELE ECONOMICE ŞI EPIDEMIILE SUICIDARE

CAMELIA POPA

Investigarea morbidităților psihologice asociate nesiguranței locurilor de muncă și obținerea unor rezultate validate științific cu privire la sănătatea mintală, în corelație cu statutul ocupațional al oamenilor, au atras atenția cercetătorilor în ultimii ani, în contextul crizei economice globale.

Studiile pe tema „depresie – epidemii suicidare – criză economică" au utilizat teoriile psihologice ale stresului, datele epidemiologice referitoare la incidența depresiei în populațiile diverselor țări, indicatorii statistici vizând mortalitatea prin suicid, indicatorii macroeconomici (descreştere economică, fluctuații în Produsul Intern Brut, rate ale şomajului) și sociologici (urbanizare, statut socioeconomic, statut ocupațional). Concluziile acestor studii pot fi astfel rezumate:

- prevalența depresiei majore a fost semnificativ mai mare în anii de criză, comparativ cu anii anteriori crizei;
- epidemiile suicidare corelează cu amploarea depresiunii economice;
- depresia cauzată de scăderea statutului socioeconomic este una de tip reactiv, cu şanse mari de remisiune.

Am constatat totuşi că nu există suficiente cercetări cu privire la contracția economică şi la tulburările psihice determinate de aceasta, la factorii individuali susceptibili să determine o vulnerabilitate psihologică mai mare a şomerilor sau la factorii de reziliență împotriva depresiei. Însă, am remarcat, totodată, că literatura de specialitate care tratează astfel de problematici creşte constant ca volum.

O analiză a studiilor în domeniu, ca şi a strategiilor Uniunii Europene cu privire la sănătatea mintală a şomerilor, ne-a relevat patru direcții majore de cercetare:

- analiza variabilelor psihologice, sociale şi economice care mediază relația dintre contracția economică şi tulburările psihice specifice, dintre care cea mai importantă este depresia;
- elaborarea unor statistici detaliate cu privire la epidemiile suicidare survenite în timpul perioadelor de recesiune economică (tablouri naționale şi regionale ale suicidului);
- incidența depresiei în populația grecească;
- elaborarea politicilor de sănătate mintală pentru şomeri.

VARIABILE PSIHOLOGICE ŞI SOCIOECONOMICE ÎN RELAŢIA DINTRE CRIZA FINANCIARĂ ŞI DEPRESIE

Incidenţa depresiei şi a riscului de depresie în populaţiile diverselor ţări a fost examinată, comparativ, în perioadele de creştere economică, în intervalele de stabilitate macroeconomică şi în anii turbulenţelor financiare.

În Hong Kong, de pildă, contracţia economică antrenată de criza financiară globală a adus o creştere semnificativă a riscului de depresie în rândul populaţiei, au arătat două sondaje transversale (interviuri structurate) bazate pe criteriile din Manualul de Diagnoză şi Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM IV R), realizate în 2007, respectiv în 2009 (Lee *et al.*, 2010). Astfel, prevalenţa depresiei majore a fost semnificativ mai mare în 2009 (12,5%), deci, după declanşarea crizei financiare, decât în 2007 (8,5%), anul anterior crizei, la ambele sexe, evoluţie explicată de cercetători prin creşterea ratei şomajului. Persoanele cele mai vulnerabile s-au dovedit a fi: femeile şi bărbaţii cu vârste între 55 şi 65 de ani; grupurile cu venituri medii-înalte; persoanele cu pierderi mari de investiţii (9,2% prevalenţă a depresiei severe în 2007, respectiv 13,7%, în 2009). Un factor important de rezilienţă împotriva depresiei a fost statutul marital. Persoanele căsătorite au raportat mai puţine simptome depresive.

În Irlanda, internările la psihiatrie pentru primul episod depresiv au fost mai numeroase în anii de criză 2009-2010, comparativ cu intervalul pre-recesiune 2008-2009 (Thekiso *et al.*, 2013). Spitalele irlandeze au înregistrat, în timpul crizei, preponderent pacienţi de sex masculin, cu scoruri ridicate de depresie şi ideaţie suicidară marcantă, o situaţie diferită prin raportare la situaţia dinaintea crizei, când majoritatea pacienţilor depresivi era de gen feminin, iar tabloul simptomatologic al depresiei conţinea o ideaţie suicidară mai puţin marcantă. Însă „pacienţii crizei" s-au recuperat mai repede şi au avut un risc mai mic de recurenţă a bolii, ceea ce a impus concluzia că depresia severă asociată cu recesiunea economică, în ciuda riscului ridicat de suicid, are un prognostic favorabil.

Un alt studiu cu privire la factorii care-i pot proteja pe oameni de depresie, în perioadele de declin macroeconomic, a fost realizat în Ohio (SUA), în rândul lucrătorilor din agricultură. Acesta a demonstrat că dificultăţile economice reprezintă un predictor constant de stres şi depresie, în cazul ambelor sexe, însă sănătatea fizică, sprijinul social şi credinţa religioasă reprezintă factori protectivi ai sănătăţii mintale. Conform aceluiaşi studiu, în cazul persoanelor fără antecedente psihiatrice, o serie de factori adversivi legaţi de locul de muncă s-au dovedit predictori ai depresiei şi ai suicidului (Schneider *et al.*, 2011): şomajul pe o perioadă de timp mai mare de 6 luni, pensionarea timpurie, statutul de casnică şi condiţiile nefavorabile de muncă (munca monotonă, responsabilitatea sporită, stresul accentuat ca urmare a contactului cu clienţii). În acelaşi timp, bărbaţii au fost mai afectaţi de statul acasă şi de ocupaţiile casnice, comparativ cu femeile, abilitatea bărbaţilor de a înlocui munca organizată cu munca la domiciliu fiind limitată iar insatisfacţiile – mai puternice (Grogan, Koka, 2013).

Date fiind aceste constatări, se pot desprinde două măsuri principale de combatere a depresiei şi a suicidului: ocuparea forţei de muncă şi schimbarea pozitivă a condiţiilor muncii.

CERCETĂRI CU PRIVIRE LA SUICIDUL DIN MOTIVE ECONOMICE

Suicidul şi mai ales epidemiile suicidare din motive economice au reprezentat, la rândul lor, o direcţie majoră de cercetare. De exemplu, epidemiile suicidare din ţările fostei URSS (Rusia, Belarus şi Ucraina), în perioada critică a anilor 1990, marcată de dificultăţi economice importante, pot explica nu numai scăderile în indicatorul statistic „speranţă de viaţă", ci şi o parte din compresia Produsului Intern Brut al acestor ţări, consideră economiştii.

Brainerd (2001) arată că ratele suicidului masculin din ţările fostului bloc sovietic, înregistrate în anii 1990, sunt extrem de sensibile la starea macroeconomică, în timp ce ratele suicidului feminin sunt insensibile la fluctuaţiile economice, fiind mai strâns legate de consumul de alcool.

Cea mai recentă criză financiară globală a stimulat cercetările. Astfel, în Italia numărul total de sinucideri de sex masculin a crescut dramatic mai ales în ultimii ani de criză economică, majorându-se de la 2.197 în 2008 la 2.399 în 2010, în corelaţie cu creşterea ratei şomajului şi cu consumul de antidepresive.

Cercetătorii au mai demonstrat că disponibilitatea mai mare de terapii antidepresive în Italia nu a avut niciun impact asupra ratei de sinucidere. În primul rând, criza a determinat o creştere a ratelor de sinucidere în rândul bărbaţilor italieni rămaşi şomeri (Pompili *et al.*, 2013). Astfel, în perioada 2008-2009, decesele prin sinucidere au crescut cu 10% faţă de perioada de referinţă 2006-2007, în rândul bărbaţilor cu vârste între 25 şi 69 de ani. Numărul sinuciderilor s-a redus însă în rândul bărbaţilor cu vârste peste 70 de ani, ceea ce a indicat un impact mai mic al crizei economice asupra pensionarilor. Pentru intervalul 1996-2005, perioadă de expansiune economică, italienii nu au găsit însă o corelaţie între ratele de suicid şi variabilele economice (Bussu *et al.*, 2013).

Recesiunea economică severă a determinat şi creşterea numărului tentativelor de suicid în Finlanda, iar această creştere a corelat cu tranziţia de la viaţa activă la şomaj (Ostamo *et al.*, 2001).

Nu doar suicidul trebuie studiat în relaţie cu depresiunea economică, ci şi celelalte cauze de mortalitate, susţin cercetătorii. De exemplu, criza din Coreea de la sfârşitul anilor '90 a adus majorări ale tuturor ratelor de mortalitate, nu numai a celei privind suicidul (aceste rate au fost calculate atât imediat după încheierea crizei, cât şi la un an după criză). Mortalitatea cauzată de afecţiunile cardiovasculare a crescut imediat după criză (Kim *et al.*, 2004).

Chang *et al.* (2009) au investigat, la rândul lor, impactul crizei economice din Asia (1997-1998) asupra sinuciderilor din Japonia, Hong Kong, Coreea de Sud, Taiwan, Singapore şi Thailanda, pe baza datelor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii şi a datelor furnizate de Taiwan. Ei au constatat că mortalitatea prin sinucidere a crescut în toate ţările analizate, mai puţin în Singapore, care a avut o scădere

continuă a ratelor de suicid. Criza economică a fost asociată cu 10.400 mai multe sinucideri în anul 1998, față de 1997, în Japonia, Hong Kong și Coreea. Creșteri similare ale ratelor de sinucidere nu au fost observate în Singapore, stat în care criza economică a avut un impact mai mic asupra PIB-ului și a șomajului.

În Coreea, țară fruntașă în statisticile mondiale ale suicidului (cu 26,1 decese la 100.000 locuitori în 2005), cele mai importante creșteri ale numărului sinuciderilor au fost raportate la persoanele în vârstă, de ambele sexe. Educația inferioară, mediul rural și inegalitățile economice au fost factorii determinanți ai comportamentelor autolitice, ceea ce a indicat că epidemia suicidară din această țară are, totuși, origini sociale (*idem*).

Un studiu similar, realizat în intervalul 1959-2007 (Chang *et al.*, 2010), a demonstrat că o majorare a șomajului din Taiwan a corelat cu creșterea ratelor de sinucidere la persoanele de sex masculin. Pentru fiecare creștere de 1% a șomajului, rata de suicid de sex masculin a urcat cu 3,1%.

Și în Japonia, o țară cu rate foarte înalte ale suicidului, înțelegerea comportamentului suicidar este de o importanță crucială. Un studiu realizat de Andrés *et al.* (2011) arată că în această țară suicidul corelează cu divorțul și cu șomajul.

Suicidul a mai fost cercetat și în asociere cu libertățile civile ale cetățenilor și cu venitul pe cap de locuitor (Jungeilges și Kirchgässner, 2012), descoperindu-se că mai multă libertate cetățenească corelează cu scăderea ratelor de suicid, în timp ce un venit mai mare pe cap de locuitor determină creșterea acestor rate.

Redăm, în continuare, succint, alte concluzii la care au ajuns cercetările de gen:

- în SUA, creșterea șomajului se asociază cu creșteri ale ratelor de suicid în grupa de vârstă 35-64 ani (Mohseni-Cheraghlou, 2013);
- în Japonia, șomajul este asociat cu suicidul masculin (Kuroki, 2010);
- în Spania, vârful de sinucideri a fost atins în timpul perioadelor de criză economică, un număr mare de sinucideri fiind constatate la femeile din grupa de vârstă 35-49 de ani (Álvaro-Meca, 2013);
- nivelurile ridicate ale indicelui de globalizare corelează cu rate mai mari de suicid de sex masculin și feminin și ar putea perturba profund structura societăților tradiționale (Milner *et al.*, 2011).

Concluzia unanimă a cercetătorilor a fost aceea că programele de prevenire a suicidului ar trebui să vizeze îndeosebi grupurile de populație care se confruntă cu condiții nefavorbile de muncă, ținându-se cont și de specificul național al comportamentelor autodistructive.

GRECII ȘI DEPRESIA

Impactul crizei financiare asupra sănătății mintale a poporului grec a fost unul major, arată studiile realizate pe populația din Grecia, greu încercată de dificultățile economice ale ultimilor ani.

În 2011, rata națională a prevalenței depresiei majore s-a ridicat la 8,2%, comparativ cu o rată de 3,3% în 2008 (Economou *et al.*, 2013). Cele mai

vulnerabile grupuri la depresie majoră au fost: tinerii, persoanele căsătorite, cele cu dificultăți financiare și persoanele care folosesc medicamente. În această cercetare, realizată prin intermediul unor sondaje telefonice, eșantioanele reprezentative au numărat peste 2.000 de subiecți, care au avut sarcina de a răspunde la interviuri clinice structurate pe tema depresiei majore și a greutăților economice.

În aceeași țară, în intervalul 2007-2011, a crescut nu numai numărul actelor suicidare, ci și cel al tentativelor de suicid. Profilul celui care a încercat să-și ia zilele a fost: „șomer, căsătorit, aflat în apropierea vârstei de pensionare sau deja pensionar, cu un istoric de tulburări psihice și tendințe anterioare de suicid" (Stavrianakos *et al.*, 2013).

Însă, comportamentul suicidar a corelat statistic atât cu tulburările psihiatrice anterioare, cât și cu pragul scăzut de psihopatologie în antecedente, ceea ce a condus la concluzia că sănătatea mintală a populației grecești s-a deteriorat din cauza crizei economice.

În același timp, numărul sinuciderilor din Grecia ar fi crescut în contextul crizei cu până la 40%, cele mai înalte rate de sinucidere înregistrându-se în insula Creta, menționează o altă cercetare (Vgontzas *et al.*, 2013). Totuși, studiul menționat ajunge la concluzia că în Creta nu se poate face o asociere între creșterea numărului cazurilor de suicid și criza economică. De asemenea, numărul mai mare de sinucideri din partea de est a insulei, în comparație cu partea de vest, s-ar explica prin lipsa serviciilor de psihiatrie comunitară în est. O explorare a datelor Departamentului de Medicină Legală al Spitalului Universitar din Heraklion, menționată în studiul citat, a mai arătat că: nu a existat nicio creștere semnificativă a ratei sinuciderilor în Creta, în intervalul 1999-2011; decesele cauzate de sinucidere au fost de patru ori mai frecvente în rândul bărbaților decât în cel al femeilor; în cazul femeilor există o scădere semnificativă a numărului de sinucideri.

Un alt studiu din Grecia, desfășurat în perioada premergătoare crizei, arată că evenimentele stresante de viață, inclusiv dificultățile economice, ar putea crește riscul de suicid, prin declanșarea tulburărilor mintale sau prin deteriorarea stării celor care au deja astfel de tulburări (Paraschackis *et al.*, 2012). Acest studiu s-a realizat la Departamentul de Medicină Legală din Atena. Au fost intervievate rudele a 335 de sinucigași, pentru a se vedea dacă evenimentele stresante din anul anterior sinuciderii au avut un rol important în decizia persoanelor în cauză de a-și pune capăt vieții. Dificultățile economice au fost invocate în 31,1% din cazuri, problemele de sănătate în 27% din cazuri, separarea sau divorțul – în 13,4% din cazuri. Restul morților au fost atribuite problemelor cu rudele, reclamațiilor, problemelor juridice, problemelor cu pensia sau expulzării (un singur caz, al unui emigrant).

POLITICI EUROPENE DE SĂNĂTATE MINTALĂ PENTRU ȘOMERI

Strategia Uniunii Europene (2011) în domeniul promovării sănătății mintale îi nominalizează pe șomeri printre cele mai expuse grupuri sociale la factorii de

risc pentru probleme de sănătate mintală, alături de grupurile cu probleme de educație scăzută, grupurile cu acces redus la serviciile de sănătate și grupurile care se confruntă cu lipsuri materiale.

Criza economică și globalizarea sunt privite ca stresori majori pentru lucrători, atât prin prisma pierderii locurilor de muncă și a nesiguranței job-urilor, cât și din cauza presiunilor exercitate asupra angajaților.

Printre aceste presiuni, identificate de specialiștii europeni în sănătate mintală (în contextul globalizării și al încetinirii creșterii economice), se numără: schimbările frecvente în mediul de lucru; sporirea necesității de mobilitate și flexibilitate a lucrătorilor; accelerarea producției; întreruperea frecventă a fluxurilor de lucru; creșterea responsabilității individuale a angajaților și a ponderii muncii intelectuale; complexitatea tot mai mare a solicitărilor legate de muncă; cerințele de asigurare a disponibilității lucrătorilor, reclamate de noile tehnologii; instabilitatea relațiilor socioprofesionale etc.

Tocmai de aceea, strategiile de acțiune ale UE vizând sănătatea mintală a șomerilor vizează: angajarea persoanelor fără loc de muncă, protecția și incluziunea socială, oferta completă de sănătate și asistență socială pentru șomeri. UE insistă, pe de altă parte, pentru: crearea „locurilor de muncă sănătoase mintal" (implicând o cultură de lucru sănătoasă și condiții flexibile pentru angajați); eliminarea stresului cronic al lucrătorilor, reflectat în condițiile de muncă (susceptibil să pună în pericol nu numai sănătatea mintală a angajaților, ci și capacitățile inovatoare ale întreprinderilor); formarea de abilități ale lucrătorilor, întărirea capacităților lor de adaptare la condițiile pieței muncii, la criza economică și la globalizare.

BIBLIOGRAFIE

1. ÁLVARO-MECA, A., T. KNEIB, T., R. GIL-PRIETO, R., GIL DE MIGUEL, A., *Epidemiology of suicide in Spain, 1981–2008: A spatiotemporal analysis*, Public Health, **127**, *4*, 2013, p. 380-385.
2. ANDRÉS, A.R., HALICIOGLU, F., YAMAMURA, E., *Socioeconomic determinants of suicide in Japan*, The Journal of Socioeconomics, **40**, *6*, 2011, p. 723-731.
3. BRAINERD, E., *Economic reform and mortality in the former Soviet Union: A study of the suicide epidemic in the 1990s*, European Economic Review, **45**, *4-6*, 2001, p. 1007-1019.
4. BUSSU, A., DETOTTO, C., STERZI, V., *Social conformity and suicide*, The Journal of Socioeconomics, *42*, February 2013, p. 67-78.
5. CHANG, S.S., STERNE, J.A.C., HUANG, W.C., CHUANG, H.L., GUNNELL, C.D.; *Association of secular trends in unemployment with suicide in Taiwan, 1959–2007: A time-series analysis*, Public Health, **124**, *1*, 2010, p. 49-54.
6. CHANG, S. S., GUNNELL, D., STERNE, J. A. C., T. LU, T.H., CHENG, A.T.A., *Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand*, Social Science & Medicine, **68**, *7*, 2009, p. 1322-1331.,
7. ECONOMOU, M., MADIANOS, M., PEPPOU, L.E., PATELAKIS, A., STEFANIS, C.N., *Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece*, Journal of Affective Disorders, **145**, *3*, 2013, p. 308-314.
8. EUROPEAN UNION, 2011, *Mental well-being: for a smart, inclusive and sustainable Europe*. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/outcomes_pact_en.pdf.
9. GROGAN, L., KOKA, K., *Economic crises and wellbeing: Social norms and home production*, Journal of Economic Behavior & Organization, *92*, 2013, p. 241-258.
10. JUNGEILGES, J., KIRCHGÄSSNER, G., *Economic welfare, civil liberty, and suicide: an empirical investigation*, The Journal of Socioeconomics, **31**, *3*, 2002, p.215-231.
11. LEE, S., GUO, W. J., TSANG, A., MAK; A. D. P. et al., *Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong*, Journal of Affective Disorders, **126**, *1-2*, 2010, p. 125-133.
12. KIM, H., SONG, Y.J., YI, J.J., CHUNG, W.J., NAM, C.M., *Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea*, Annals of Epidemiology, **14**, *6*, 2004, p. 442-446.
13. KIM, M.H., JUNG-CHOI, K., JUN, H.J., KAWACHI, I., *Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea*, Social Science & Medicine, **70**, *8*, 2010, p. 1254-1261.
14. KUROKI, M., *Suicide and unemployment in Japan: Evidence from municipal level suicide rates and age-specific suicide rates*, The Journal of Socioeconomics, **39**, *6*, 2010, p. 683-691.
15. MATTEI, G., FERRARI, S., *599 – Male suicides, unemployment and antidepressants consumption: a problematic relation in times of economic recession*, European Psychiatry, **28**, Suppl. *1*, 2013.
16. MEYER, K., LOBAO, L., *Economic hardship, religion and mental health during the midwestern farm crisis*, Journal of Rural Studies, **19**, *2*, 2003, p. 139-155.
17. MILNER, A., MCCLURE, R., SUN, J., DE LEO, D., *Globalisation and suicide: An empirical investigation in 35 countries over the period 1980–2006*, Health & Place, **17**, *4*, 2011, p. 996-1003.
18. MOHSENI-CHERAGHLOU, A., *Labor markets and mental wellbeing: Labor market conditions and suicides in the United States (1979–2004)*, The Journal of Socioeconomics, *45*, 2013, p. 175-186.
19. OSTAMO, A., LAHELMA, E., LÖNNQVIST, J., *Transitions of employment status among suicide attempters during a severe economic recession*, Social Science & Medicine, **52**, *11*, 2001, p. 1741-1750.
20. PARASCHACKIS, A., KONSTANTINIDOU, D., MICHOPOULOS, I., DOUZENIS, A. *et al.*, *P-1428 - Stressful life events the year before suicide in a sample of suicide victims from Greece*, European Psychiatry, **27**, Suppl. *1*, 2012.
21. POMPILI, M. VICHI, M., GIRARDI, P., *1098 – Completed suicide during the time of economic crisis: recent data and future prevention*, European Psychiatry, **28**, Suppl. *1*, 2013.
22. SCHNEIDER, B., GREBNER, K., SCHNABEL, A., HAMPEL, H., GEORGI, K., SEIDLER, A., *Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: A case-control psychological autopsy study*, Psychiatry Research, **190**, *2-3*, 2011, p. 265-270.
23. STAVRIANAKOS, K., PACHI, A., PAPLOS, K., NIKOVIOTIS, D. et al., *1704 – Suicide attempts before and during the financial crisis in Greece*, European Psychiatry, **28**, Suppl. *1*, 2013.
24. THEKISO, T.B., HERON, E.A., MASOOD, B., MURPHY, M. *et al.*, DECLAN M. MCLOUGHLIN, NOEL KENNEDY, *Mauling of the "Celtic Tiger": Clinical characteristics and outcome of first-episode depression secondary to theeconomic recession in Ireland*, Journal of Affective Disorders, In Press, Corrected Proof, Available online 12 August 2013.
25. VGONTZAS, A.N., KASTANAKI, A., MICHALODIMITRAKIS, E., BASTA, M., KOUTENTAKI, E., MICHALAS, N., *1015 – Suicides in the Greek island of Crete during the economic crisis: reality vs myth*, European Psychiatry, **28**, Suppl. *1*, 2013, p. 1.

Capitolul 9

INDICATORI AI RISCULUI SUICIDAR

ADELA MAGDALENA CIOBANU

Organizația Mondială a Sănătății atrage atenția asupra faptului că încă din 2015 suicidul şi depresia vor deveni problemele cele mai mari în domeniul sănătății mintale. Conform OMS, sinuciderea se numără deja printre primele 20 cauze de deces la nivel mondial pentru toate vârstele. Unele caracteristici ale vieții moderne precum depersonalizarea, ritmul alert al desfăşurării muncii, zgomotul accentuat, secătuirea spirituală, neglijarea vieții afective declanşează reacții de nelinişte şi panică, care în final conduc la o creştere de nestăvilit a tensiunii afective. În acest context, suicidul apare ca unică modalitate de ieşire a unor indivizi din situațiile stresante pe care le traversează.

Suicidul sau „moartea intenționlă auto-indusă" a individului (DSM IV-R) reprezintă o problemă importantă de sănătate publică. Identificarea riscului suicidar este crucială în psihiatrie, pacientul cu ideație autolitică fiind considerat o urgență clinică majoră. Nu întotdeauna identificarea acestui risc este o operațiune reuşită, deoarece chiar şi cei mai experimentați specialişti pot eşua în prevenția comportamentului suicidar (de pildă în condițiile în care au de-a face cu un pacient cu comportament disimulat). Tocmai de aceea identificarea riscului suicidar presupune stabilirea unui diagnostic corect, luând în considerare atât ideația suicidară şi durerea psihologică marcantă a pacientului (izvorâtă din sentimente de neajutorare, frustrare, culpabilitate, inutilitate), cât şi tendința acestuia de a evada din fața unor probleme pe care le percepe ca fiind de nerezolvat.

Comunicarea de către pacient a intenției de a se sinucide, apropiaților săi, îi va oferi medicului psihiatru, pe de o parte, temeiul investigativ pentru a încuraja pacientul să-şi dezvăluie ideația şi planul suicidar proiectat, iar pe de altă parte îi va oferi ocazia de a securiza afectiv pacientul, încurajându-l să-şi exprime deschis suferința pe care o trăieşte. Internarea de urgență a pacientului cu intenție de suicid este singura măsură de protecție efectivă a acestuia, iar medicul psihiatru este obligat din punct de vedere etic şi moral să realizeze această internare.

În estimarea riscului suicidar al unui pacient, pe lângă ideația autolitică şi halucinațiile auditive, imperative cu conținut suicidar, trebuie luată în considerare şi prezența mai multor factori favorizanți ai deciziei de autoliză. Mai precis, dimensiunile importante în epidemiologia sinuciderii, precum vârsta, sexul, etnia, antecedentele psihiatrice (boala mentală anterioară), motivația, eventualele determinări sociale ale curmării vieții trebuie avute permanent în vedere de clinician.

Printre factorii de risc pentru suicid, menționați în literatura de profil, se numără: boala psihică; sexul masculin; starea de celibat; vârsta înaintată sau adolescența; județul de proveniență şi naționalitatea; şomajul şi excluderea socială, absența rețelei de suport social; istoricul personal de suicid al pacientului şi al familiei sale de origine; tentativele recente de suicid; posesia unor arme letale care i-ar înlesni suicidul; parcurgerea unor situații puternic psihotraumatizante precum pierderea/moartea partenerului de viață, a părinților sau a copiilor; prezența unor boli somatice cu prognostic grav sau rezervat; factorii climatici/sezonalitatea suicidului ş.a. Vom examina în continuare succint aceşti factori de risc.

BOALA PSIHICĂ

Potrivit statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății, circa 90% dintre persoanele care se sinucid suferă de o boală psihică (depresie, dependențe, tulburare bipolară, schizofrenie, tulburări de personalitate, demență etc.). Riscul suicidar corelează pozitiv cu prezența mai multor simptome psihiatrice cum ar fi: sentimentul de descurajare, halucinațiile imperative, depresia severă (cu ideație suicidară, autoacuzatoare), anxietatea severă, stima de sine scăzută, anhedonie severă, sentimentul de disperare, insomnia. Conform aceloraşi statistici, suicidul este frecvent întâlnit la pacienții din clinicile psihiatrice, diagnosticați cu depresie, decât în rândul populației generale. Însă, pe seama depresiei pot fi puse şi aproximativ 50% din cazurile de suicid înregistrate în populația generală. Suicidul este mai frecvent în perioada de debut a depresiei şi la sfârşitul ei.

Cazurile de depresie cu comorbiditate sunt mai severe, cu evoluție mai trenantă, cu răspuns mai greu la tratament şi au un risc suicidar mai ridicat (Tudose *et al.*, 2005).

Comorbidități punctate sunt între depresie, anxietate generalizată şi suicid (Angst, 1993, apud Tudose *et al.*, 2005). În depresia nevrotică, suicidul este motivat (pus în practică după un bilanț negativ real), în timp ce la melancolic nimeni nu găseşte o justificare a acestui act, ba din contră gestul aparând absurd, pacientul având un bun suport material, familial şi moral (Romilă, 2004).

Riscul suicidar se întâlneşte şi la unii pacienți diagnosticați cu schizofrenie, ca urmare a unor idei de influență exterioară, xenopatice sau unor halucinații imperative, suicidul fiind cauza cea mai frecventă de deces la pacienții cu schizofrenie, jumătate dintre ei având o tentativă de suicid de-a lungul întregii lor vieți, iar 10-15% dintre ei mor prin suicid după o evoluție de 20 de ani a bolii.

Drake, Gates şi Whitaker (1985) notau că riscul suicidar este foarte crescut în schizofrenie, în special la bărbații tineri, mai ales la începutul bolii. De asemenea, ca factori de risc majori pentru suicid la pacienții cu acest diagnostic sunt şi nivelul înalt de instruire (practic persoanele din acest grup de risc pot realiza drama unui astfel de diagnostic şi văd suicidul ca pe o alternativă rezonabilă), dar şi prezența simptomelor depresive. În general, profilul general al pacientului diagnosticat cu schizofrenie şi care comite suicidul este: bărbat tânăr, până în 30 de ani, celibatar

care locuieşte singur, fără ocupaţie, externat recent din spital, evoluţie cu frecvente recăderi, dispoziţie depresivă pe parcursul ultimului episod, toxicomanie asociată (Ciobanu, 2009).

În rândul adolescenţilor diagnosticaţi cu tulburări de comportament, sinuciderea este de asemenea frecventă, ea producându-se ca urmare a abuzului de droguri, a comportamentului antisocial, a deziluziilor sentimentale, a certurilor cu părinţii sau a greutăţilor şcolare.

Mulţi dintre adolescenţii şi tinerii sinucigaşi au recurs la gestul final prin mecanismul imitaţiei, fiind impresionaţi de cazurile de suicid prezentate în mass-media. Pentru a preveni astfel de acte, OMS (Auxéméry, 2010) a recomandat mass-mediei să nu prezinte imagini ale persoanelor care-şi iau viaţa şi nici poveşti romantice, senzaţionale sau misterioase ale acestora. Ştirile trebuie să se refere la afecţiunile psihiatrice ale persoanei în cauză cu rol în determinarea suicidului şi să sublinieze că astfel de tulburări sunt tratabile. Mai mult, mass-media are obligaţia să insiste asupra exemplelor pozitive de rezolvare a crizelor existenţiale, să prezinte consecinţele somatice ale tentativelor de suicid şi să ofere datele de contact ale persoanelor sau instituţiilor care pot să ofere ajutor specializat.

SEXUL ŞI VÂRSTA

Bărbaţii prezintă riscuri suicidare mai înalte comparativ cu femeile, atât în populaţia generală, cât şi în cea clinică, în toate statele lumii. Femeile au însă mai multe tentative de suicid (de 6 ori mai multe tentative), factorii de risc specifici pentru femei fiind: depresia postpartum, psihoza postpartum, abuz domestic sau sexual. În acelaşi timp, bărbaţii folosesc metode mult mai eficiente pentru a-şi pune în aplicare planul suicidar, comparativ cu femeile, ei fiind mai impulsivi si mai putin dispuşi să ceară sau să primească ajutor pentru problemele lor psihologice (Tudose *et al.*, 2013).

Potrivit ultimelor date ale Institutului Naţional de Statistică, preluate din datele de medicină legală, în 2009, în plin an de criză economică, în România s-au înregistrat 2.586 de sinucideri. Cei mai mulţi români care şi-au pus capăt zilelor fac parte din grupa de vârstă 50-54 de ani. Astfel, în 2009 – 2.197 de bărbaţi au recurs la sinucidere. De partea cealaltă, femeile care s-au sinucis sunt în număr de 389, iar grupa de vârstă la care cele mai multe romînce şi-au pus capăt zilelor este 40-44 de ani.

În 2012, potrivit Institutului Naţional de Medicină Legală „Mina Minovici", în România s-au înregistrat 2753 cazuri de sinucideri, reprezentând o scădere nesemnificativă faţă de cifra înregistrată în 2011 (2.784 cazuri). Cele mai frecvent folosite modalităţi de sinucidere au fost, în ordinea descrescătoare a frecvenţei, spânzurarea (82%), intoxicaţia voluntară (6%) şi precipitarea (5%). Circa 84% din sinucigaşi au fost bărbaţi. Contrar opiniei generale, rata de suicid ridicată din primele trei decade ale vieţii este determinată mai ales de adultul tânăr şi nu de adolescenţi. De asemenea, comportamentul suicidar şi tentativele suicidare sunt

mai frecvente în grupul tinerilor decât al vârstnicilor. În schimb, bătrânii au mai frecvent o finalitate letală a acestor comportamente suicidare, ideaţia şi tentativele suicidare la tineri având o rată de succes mult mai mică (Tudose *et al.*, 2013).

În cazul copiilor, riscul de suicid este foarte mic, însă România se confruntă în ultima vreme cu o creştere a numărului deceselor evitabile prin suicid la copii, din cauza fenomenului emigraţiei. Suicidul în rândul adolescenţilor poate avea drept cauze eşecul şcolar, sentimental, divorţul părinţilor, slabul control al impulsurilor, singurătatea.

JUDEŢUL DE PROVENIENŢĂ ŞI NAŢIONALITATEA

Analizând incidenţa regională a sinuciderilor din România, raportată la 100.000 locuitori (media naţională = 13,31 sinucideri/100.000 locuitori/an), în 2012 s-au menţinut, ca şi în anii anteriori, judeţe cu o incidenţă inexplicabil de mare a sinuciderilor: Harghita 30, Covasna 34, Giurgiu 21,8, Tulcea 21,8 cazuri/ 100.000 locuitori/an, potrivit datelor de medicină legală pe 2012. În alte zone ale ţării incidenţa sinuciderilor a fost mult sub media naţională: Maramureş 7,31; Vrancea 6,8, arată datele de medicină legală pe 2012.

Tot pe plan naţional, datele de medicină legală furnizate Institutului Naţional de Statistică confirmă că rata mortalităţii violente autoprovocate în rândul adolescenţilor este în creştere. În judeţele cu populaţie preponderent maghiară (Harghita, Covasna, Mureş şi Satu-Mare) suicidul la populaţia tânără se situează la un nivel superior mediei naţionale. Printre cele mai recente cauze ale suicidului în rândul adolescenţilor români se numără separarea parentală (părinţi plecaţi la muncă în străinătate), sevrajul de alcool sau droguri, sarcinile nedorite, conflictele familiale, sentimentale sau cele din colectivităţile şcolare şi „depresia emo". Rate „de alarmă" ale sinuciderilor s-au înregistrat în cele patru judeţe şi pentru populaţia generală, mult superioare mediei naţionale, de 13 cazuri la 100.000 de locuitori în 2010 (39 cazuri în Harghita, 41 în Covasna, 28 în Mureş şi 26 în Satu-Mare, raportate la etalonul de 100.000 de locuitori).

În lume, riscul de sinucidere este mai crescut la japonezi, coreeni, est-europeni şi scandinavi, arată datele OMS (vezi şi capitolul anterior, privind Harta suicidului în Europa).

ŞOMAJUL, EXCLUDEREA SOCIALĂ ŞI ABSENŢA REŢELEI DE SUPORT

Şomerii şi persoanele cu un statut socioeconomic scăzut, imigranţii, deţinuţii, ca şi persoanele care trăiesc în condiţii de izolare au un risc crescut de a se sinucide, au demonstrat cercetările de gen, prezentate în paginile anterioare ale cărţii.

Prezenţa unei reţele de suport social, în cazul individului animat de gânduri autolitice, poate fi însă de ajutor. Reţeaua socială şi apartenenţa la anumite culturi

religioase sunt incluse în categoria factorilor protectivi, care pot împiedica suicidul. Alți factori protectivi sunt: absența tulburării psihiatrice, existența unui loc de muncă, copiii aflați în îngrijire, sarcina, sentimentul de a fi responsabil față de familie, testarea intactă a realității, satisfacția crescută în ceea ce privește propria viață, mecanismele de coping pozitive, abilitățile de rezolvare a problemelor și relația terapeutică bună (Prelipceanu, 2011).

Vom insista puțin mai mult asupra rețelei sociale de suport, din ce în ce mai valorizată în studiile privind reducerea riscului suicidar. Aceasta îi poate oferi individului:

- *Suport psihologic afectiv* care presupune prezența unui confident (a avea cu cine să se sfătuiască, posibilitatea de a comunica aspectele intime altuia, posibilitatea de a se exprima și a se descoperi sufletește, fără un autocontrol strict, obișnuit în situații publice); încrederea în celălalt; încrederea că o altă persoană îl poate sprijini; sentimentul că este iubit, stimat, apreciat, încurajat;
- *Suport instrumental*: sprijinirea unui individ în anumite probleme concrete, practice, în mijlocul vieții sociale prin accesul la anumite foruri, oferirea de suport locativ, financiar, de „avut" strict necesar. Acest tip de suport este important mai ales pentru schizofreni dar și pentru personalități dizarmonice, schizoide, depresive, nevrotice, cu retard mental.

Rețeaua de suport primară este alcătuită din rudele cosanguine și prin alianță, prieteni, vecini, colegi de cameră. Pentru un om obișnuit rețeaua constă în 25-40 de persoane, din care doar 6-10 se cunosc intim și constant, având legături de durată.

Rețeaua de gradul doi și trei constă în legături indirecte, obținute prin intermediul rețelei primare. Pentru orice persoană suferindă, creșterea rețelei sociale de suport poate ameliora prognosticul bolii (Voinea, 2007/2008).

Pierderea/moartea partenerului de viață, a părinților sau a copiilor, ca și bolile cu prognostic grav, însoțite de dureri (de exemplu afecțiunile oncologice) pot reprezenta, potrivit literaturii de specialitate, alți factori favorizanți ai sinuciderii. Un risc semnificativ crescut de deces prin sinucidere a fost înregistrat, de pildă, în rândul bărbaților văduvi (Fukuchi, 2013). Încă din 1980, Hagnell și Rorsman descriu în studiul Lundby evenimente de viață stresante care au precedat cu o săptămână suicidul și care au fost mai comune în lotul victimelor suicidului decât în lotul de control, au fost reprezentate de situații umilitoare cu pierderea respectului de sine, pierderea unor obiecte sau persoane (întreruperea unei relații sau pierderea unei proprietăți) și boli psihice acute (Pfeffer, 1989).

Istoricul psihosocial și factorii socioprofesionali au și ei un rol important. Dintre aceștia, cei mai importanți factori asociați cu un risc foarte mare de suicid sunt: șomajul, oamenii de afaceri, cei cu studii superioare, imigranții, deținuții, persoanele abuzate sexual, statusul marital (abuzurile domestice cresc riscul), orientarea sexuală (stigma), cei aparținând claselor sociale extreme, credințele culturale sau religioase (suicidul în grup datorită unor credințe).

Raționamentul clinic, bazat pe evaluarea factorilor de risc suicidar reprezintă deci elementul esențial în luarea deciziei de spitalizare a unui pacient cu un

potențial risc suicidar, internarea fiind obligatorie, suicidul reprezentând o urgență psihiatrică majoră. În cazul prezenței factorilor de risc și a indicatorilor riscului suicidar, este preferabilă eroarea prin plus de diagnostic și internare (de urgență), astfel protejând pacientul de un posibil act suicidar (Nica-Udangiu, Prelipceanu și Mihăilescu, 1999).

BIBLIOGRAFIE

1. AUXÉMÉRY, Y., FIDELLE, G., *Impact d'Internet sur la suicidalité. À propos d'une „googling study" sur la rétro-information médiatique d'un pacte suicidaire échafaudé sur le Web*, Annales médico-psychologiques, Revue psychiatrique, **168**, 7, 2010, p. 502-507.
2. CIOBANU, A.M, *Schizofrenia*, Editura Ars Docendi, București, 2009.
3. DRAKE R.E., GATES C., WHITAKER A., *et al.*, *Suicide among schizophrenics: A review*, Compr. Psychiatr., *26*, 1985, p. 90-100.
4. DSM-IV, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.
5. FUKUCHI, N., KAKIZAKI, M., SUGAWARA, Y., TANJI, F. *et al.*, *Association of marital status with the incidence of suicide: A population-based Cohort Study in Japan (Miyagi cohort study)*, Journal of Affective Disorders, In Press, Corrected Proof, Available online 4 July 2013.
6. INML, *Raportul asupra activității rețelei de medicină legală în anul 2012*, http://www.legmed.ro/doc/dds2012.pdf
7. INML, *Raportul asupra activității rețelei de medicină legală în anul 2009*, http://www.legmed.ro/doc/dds2009.pdf
8. INML, *Raportul asupra activității rețelei de medicină legală în anul 2009*, http://www.legmed.ro/doc/dds2010.pdf
9. NICA-UDANGIU, L., PRELIPCEANU, D., MIHAILESCU, R., *Ghid de urgențe în psihiatrie*, Sub redacția Mircea Beuran, Editura Scripta, 1999.
10. PFEFFER, C. R., *Suicide among youth: perspectives on risk and prevention*, American Psychiatric Press, Inc., 1989.
11. PRELIPCEANU, D., *Psihiatrie Clinică*, București, Editura Medicală, 2011.
12. PRELIPCEANU, D., *Psihiatrie. Note de curs*, București, Editura InfoMedica, 2003.
13. ROMILA, A., *Psihiatrie* (ediția a 2-a revizuită). București: Asociația Psihiatrilor Liberi din România, 2004.
14. TUDOSE, C., TUDOSE, F., OANĂ, C., DOBRANICI, L., CRĂȘAN, A., *Psihiatria medicului de familie*, Sub redacția Cătălina Tudose, București, Editura Medicală, 2013.
15. TUDOSE, F., TUDOSE, C., VASILESCU, A., TĂMĂȘAN, S., *Sindroame rătăcitoare*, București, Editura Infomedica, 2005.
16. VOINEA, M., *Sociologie Medicală*, București, Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Master – Managementul Sistemului de Sănătate, 2007/2008.
17. World Health Organisation, *Preventing suicide. A resource for counsellors*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_eng.pdf, 2006.
18. World Health Organisation, *Suicide prevention*, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.

Capitolul 10

ASPECTE ALE DEPRESIEI REACTIVE ÎN CAZUL MOBBINGULUI

BOGDAN IONESCU*

În ultimele decenii, studii tot mai numeroase şi mai aprofundate asupra sănătăţii mintale au relevat importanţa accentuată a factorilor psihosociali în apariţia anumitor boli, schimbând semnificativ perspectiva asupra cauzelor, dar şi asupra măsurilor de prevenire sau de tratament ale acestora.

Depresia reactivă, de exemplu, numită sugestiv şi depresie situaţională, reprezintă răspunsul psihologic al organismului la impactul cu situaţiile de viaţă traumatizante, al căror risc asupra îmbolnăvirii creşte direct proporţional cu gravitatea pe care individul o atribuie, subiectiv, evenimentului stresant.

Situaţiile cu impact emoţional major, precum decesul unei persoane dragi, divorţul, pierderea locului de muncă, problemele financiare, boala cronică, un accident, o relaţie abuzivă, mobbingul (sau „teroarea psihică la locul de muncă") ş.a. depăşesc adeseori capacitatea de adaptare a individului, relevând nu doar lipsa unor strategii de coping adecvate, ci şi a unui mod de gândire realist, care să poată contracara eficient efectele negative în plan psihologic ale unor astfel de stimuli puternici. Faptul că nu toţi oamenii răspund la fel în faţa aceloraşi surse de stres arată că boala depinde, în mare măsură, de felul în care o persoană gândeşte. Mai precis, patternul său cognitiv generează răspunsurile emoţionale şi comportamentale care-i declanşează sau îi agravează boala. Din acest motiv, depresia reactivă este numită şi „tulburare de adaptare". Vindecarea acestei tulburări implică ajustări semnificative ale modului de gândire şi simţire al individului, ca o condiţie a dobândirii şi menţinerii stării sale de sănătate.

În mod obişnuit, simptomele depresiei reactive apar aproximativ la trei luni de la producerea evenimentului traumatizant care a declanşat stresul şi ar trebui să dispară în decurs de 6 luni de la începerea tratamentului, dacă acţiunea factorului stresor nu continuă şi după cele 6 luni (cum se întâmplă în cazul mobbingului). Tabloul principalelor simptome ale depresiei reactive nu diferă mult de cel al altor forme de depresie. Pe lângă simptome somatice, precum dureri de cap, de spate, cardiovasculare sau probleme gastrointestinale, regăsim o stare permanentă de tristeţe, delăsarea şi sentimentul de neputinţă, lipsa de interes pentru propria viaţă, dar şi pentru orice plăcere, pesimismul, tendinţa către izolare socială, scăderea capacităţii de concentrare, tulburările de somn, de memorie, de sexualitate,

* Institutul de Filosofie şi Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru", Departamentul de Psihologie, Calea 13 Septembrie 13, sector 5, Bucureşti; e-mail: ibogdanro@yahoo.com.

fluctuaţiile de greutate corporală, anxietatea şi irascibilitatea. Aceste simptome sunt acompaniate în plan psihologic de scăderea încrederii şi a stimei de sine, de ideile de autoînvinovăţire şi de inutilitate, de gândurile şi acţiunile suicidare. Nu este exclusă nici dezvoltarea unor comportamente autodistructive precum abuzul de alcool sau de droguri.

Faptul că în depresia reactivă relaţia cauză-efect este mult mai evidentă decât în depresia endogenă (fiind vorba de un stresor specific, uşor de identificat) uşurează tratamentul acestei tulburări. Depresia reactivă este considerată, de altfel, forma de depresie cu cel mai ridicat nivel de vindecare. Pe lângă medicaţia antidepresivă, care urmăreşte să redea pacientului ritmul său obişnuit de viaţă, înlăturând simptomele şi reducând nivelul anxietăţii, în tratamentul depresiei reactive se foloseşte cu succes psihoterapia, în special cea cognitiv-comportamentală.

Prin tratamentul psihoterapeutic se urmăreşte atât reducerea frecvenţei şi severităţii simptomelor, cât mai ales asistarea pacientului în efortul său de identificare corectă a problemelor şi a legăturii lor cu tulburarea depresivă. Psihoterapeutul ghidează pacientul în procesul de însuşire a unui nou mod de a gândi, care să îi redea încrederea în sine, îl ajută să-şi construiască o altă perspectivă de abordare a problemelor relaţionale. Nu în ultimul rând, pe lângă medicaţie şi psihoterapie, tratamentul depresiei reactive impune, ca o condiţie la fel de importantă în menţinerea echilibrului psihic şi implicit în prevenirea reapariţiei bolii, schimbări concrete şi permanente ale stilului de viaţă, respectiv mai multă relaxare şi bună dispoziţie, mişcare şi o dietă sănătoasă.

Un factor de stres din mediul organizaţional, care nu de puţine ori este cauza depresiei reactive a celor afectaţi, îl reprezintă mobbingul. Acest stresor este considerat de către majoritatea specialiştilor în sănătatea muncii ca fiind mult mai nociv decât toate sursele stresogene de la locul de muncă luate la un loc, date fiind efectele sale negative în planul sănătăţii mintale a angajaţilor. Ceea ce face mobbingul atât de nociv este faptul că urmările sale se regăsesc atât la nivelul individual, cât şi la nivelurile organizaţional, social şi economic (productivitatea angajaţilor terorizaţi scade, respectivii indivizi sunt marginalizaţi, organizaţiile respective nu mai performează).

CE ESTE MOBBINGUL?

Rădăcina termenului „mobbing" este substantivul englezesc „mob", care înseamnă „mulţime dezorganizată, gloată", angajată în violenţă fără reguli.

Etologul Konrad Lorenz a folosit pentru prima dată acest termen pentru a descrie modul în care animalele mai mici hărţuiesc un animal de dimensiuni mult mai mari, considerat o ameninţare. Termenul a fost preluat cu semnificaţia lui de hărţuire şi adaptat mediului organizaţional de către cercetătorul de origine suedeză Heinz Leymann (1990), pentru a reda un comportament similar de hărţuire, respectiv cel exercitat de un grup de persoane asupra colegului perceput ca ameninţare.

Conform definiţiei date de Leymann, „mobbingul (teroarea psihică) implică o comunicare ostilă şi neetică, îndreptată sistematic în general asupra unui singur

individ, care, în consecință este împins într-o situație de neajutorare și în care nu se poate apăra. Această situație poate dura luni sau chiar ani de zile, timp în care atacatorii continuă mobbingul.

Pentru ca hărțuirea la care este supus angajatul să fie considerată mobbing, ea trebuie să se exercite cel puțin o dată pe săptămână și cel puțin 6 luni consecutiv (Kovacs, 2008).

Definiția dată de Leymann a cunoscut în ultimii ani, pe măsura studiului tot mai aprofundat al acestui fenomen, nuanțări și completări, menite să surprindă mai exact esența conceptului de mobbing (Tomescu, Cace, 2011):

- Mobbingul reprezintă o sumă de rele tratamente aplicate unui angajat de către un coleg sau mai mulți, care urmăresc discreditarea și minimalizarea muncii sale (Kovacs, 2008);
- Mobbingul este acțiunea colectivă a unui grup de colegi de a îndepărta, pedepsi și umili un alt coleg (*idem*);
- Mobbingul cumulează abuzul la locul de muncă, hărțuirea, atitudinile jignitoare, încercările de sabotare a sarcinilor persoanei supuse mobbingului.

Cu alte cuvinte, conceptul de mobbing definește setul de acțiuni îndreptate împotriva unui angajat care, prin frecvență și repetiție, provoacă daune sănătății fizice și psihice a acestuia, compromițând chiar viitorul lui profesional și social. Este vorba de acțiuni de injustiție, denigrare, ridiculizare, umilire, jignire și izolare, discreditare profesională care, în forma lor atenuată, apar ca un fenomen de persecuție, iar în forma radicală se înfățișează ca „psihoteroare" la locul de muncă.

Toate aceste acțiuni creează o atmosferă de lucru nesănătoasă și distructivă, în care victimelor le este tot mai dificil, dacă nu imposibil, să-și îndeplinească sarcinile de lucru, intrând progresiv într-un fel de spirală a decăderii psihice și fizice. Deoarece manifestările mobbingului sunt, prin definiție subtile și indirecte, victimele realizează destul de târziu injustețea și elementele de iraționalitate din comportamentul colegilor față de ele. De altfel, acesta este un comportament care reușește să rănească profund și, în același timp, să rămână neobservat de către martori sau să fie interpretat ca un comportament justificat. Oricine, indiferent de personalitate sau competență, poate fi victimă a acestei forme subtile de violență. Mobbingul este o formă de coerciție la adresa unei persoane, pentru îndepărtarea pericolului pe care aceasta îl reprezintă pentru ceilalți, îndepărtarea pericolului făcându-se prin atacul la credibilitate sau subminarea performanțelor (Gheondea, 2010). Indiferent însă de cum este numit mobblingul – lipsă de politețe, atitudine ostilă, conflict, management dur sau „personalități în conflict" –, toate aceste etichete nu sunt decât condițiile în care acest flagel crește și se dezvoltă, afectând în final demnitatea, respectul de sine, integritatea și competența victimei.

Putem spune, deci, că specifice mobbingului sunt: natura repetitivă, de durată, a comportamentului agresiv căruia îi este expusă victima; dezechilibrul de putere dintre părțile aflate în conflict și, nu în ultimul rând, caracterul subtil al acestei forme de agresivitate, deghizată de cele mai multe ori într-un comportament legitim, cu aparență de normalitate.

CAUZELE ȘI EFECTELE MOBBINGULUI

Specific mobbingului este faptul că acesta nu reprezintă un incident izolat ci este un proces care trece prin mai multe etape până ce capătă forma unei acțiuni persistente și conștient organizate. Conform lui Leymann (apud Zlate, 2007, p. 634) acest proces are patru faze distincte:

1. Prima fază este cea în care apar unele divergențe de opinie sau conflicte între angajați, în cea mai mare parte firești pentru dinamica și progresul unei organizații. De altfel, sunt numeroase cazurile când conflictele se atenuează de la sine. Când acest lucru nu se întâmplă, iar conflictele persistă, situația poate degenera în mobbing. Leymann recunoaște că un management defectuos al conflictelor ar putea fi o sursă a mobbingului, însă numai în combinație cu organizarea neadecvată a muncii. Autorul susține că managementul conflictelor este o problemă organizațională și nu una individuală. În opinia sa, conflictele degenerează în mobbing atunci când managerii sau supervizorii fie neglijează, fie neagă problemele ori atunci când managerii/ supervizorii sunt implicați în conflicte și le alimentează.

Un alt cercetător, Westhues, susține că mobbingul se produce mai ales în acele tipuri de organizații unde angajații sunt mult mai siguri de slujbele lor, iar performanța se evaluează după criterii subiective și unde există un conflict mocnit între interesele personale și cele organizaționale (apud Gheondea, 2010, p. 120).

De multe ori, sursa conflictelor și a mobbingului este existența dublei organigrame (Heintz, 2002, apud Kovacs, 2008), respectiv funcționarea în paralel cu organigrama oficială a unei organigrame neoficiale, dar funcționale, alcătuită din angajații cu vechime mai mare sau din angajații grupați în jurul anumitor cercuri de interese și care pot influența, în virtutea poziției deținute, decizia și comportamentul colegilor, mai mult decât o fac angajații aflați în fruntea ierarhiei oficiale.

2. În cea de-a doua fază, conflictele încep să afecteze deja echilibrul psihic al victimei. Apar și cele dintâi semne ale presiunii stresului la care aceasta este supusă sistematic: insomnie, anxietate și chiar atacuri de panică. Este important de subliniat că agresiunea psihică nu este exercitată doar de o persoană împotriva altei persoane, ea poate fi și intergrupală. De asemenea, agresiunea se poate manifesta la orice nivel organizațional-ierarhic și în orice sens (descendent, ascendent, orizontal, combinat), fără a se ține cont de vârstă, sex sau rasă.

3. Cea de a treia fază este, de regulă, faza încălcării drepturilor victimei, situație tolerată sau indirect decisă de către conducerea unității care, în loc să încerce soluționarea conflictului, îl lasă să mocnească. De obicei conducerea pornește cu ideea preconceputăa vinovăției victimei. Se dă credit șefului departamentului respectiv sau, după caz, părții mai numeroase a angajaților, niciodată victimei.

4. *A patra fază* este și cea mai dură, caracterizându-se prin stigmatizarea, izolarea socială a victimei și chiar înlăturarea sa de la locul de muncă.

Leymann (apud Zlate, 2007, p. 632), studiind relația agresor-victimă în cadrul relațiilor de muncă, a listat 45 de comportamente de mobbing pe care le-a grupat astfel:

1. *acțiuni care urmăresc reducerea la tăcere a angajatului*:
– victima nu este ascultată de către superiorii ierarhici;
– victima este tot timpul întreruptă de către colegi și șefi atunci când vorbește;
– este criticată munca victimei și ridiculizată viața privată a acesteia;
– victima este amenințată verbal sau în scris;
– ignorarea prezenței victimei.
2. *acțiuni vizând izolarea victimei*:
– victimei i se dă un birou cât mai îndepărtat de restul colegilor;
– colegii nu au voie să vorbească cu victima;
– se neagă constant prezența fizică a victimei.
3. *acțiuni care vizează desconsiderarea victimei în fața colegilor*:
– victima este calomniată și ridiculizată;
– i se imită acțiunile, gesturile, vocea și îi sunt atacate convingerile politice sau credințele religioase;
– viața privată a victimei este subiect de glume;
– i se dau mod intenționat sarcini cât mai umilitoare;
– victima este agresată în termeni obsceni sau insultători;
– hărțuirea sexuală a victimei (gesturi și propuneri).
4. *discreditarea profesională a victimei*:
– încredințarea unor sarcini inutile și absurde sau inferioare competențelor;
– atribuirea în permanență a unui număr prea mare de sarcini sau a unor sarcini superioare calificării victimei, cu scopul discreditării acesteia.
5. *compromiterea sănătății victimei*:
– încredințarea unor sarcini potențial periculoase sau nocive pentru sănătate;
– amenințarea cu tot felul de violențe fizice;
– neplăceri acasă și la serviciu;
– agresarea sexuală propriu-zisă a victimei.

Motivul pentru care cea mai periculoasă formă de agresivitate este cea transmisă prin cuvânt este acela că relațiile mijlocite de cuvânt sunt mult mai sofisticate, mai ascunse și deci mai perfide decât acțiunile exprimate direct. Prin intermediul cuvântului rău, injurios, obscen se ating valori esențiale ale ființei, se țintește degradarea personalității, se atinge nucleul reprezentării de sine, se obțin dizolvarea identității și demnității individului, știrbirea libertății lui de a exista, se lovesc cele mai importante valori pe care se ridică eșafodajul Eului și al personalității sociomorale (Păunescu, 1994, p. 37).

Calomnia, de exemplu, urmărește o anihilare a încrederii în sine, o schimbare în sensul dorit de calomniator a dimensiunilor morale și sociale ale Eului (*idem*).

Denigrarea, pe de altă parte, constituie un atac la integritatea morală a persoanei. Persoana supusă denigrării suferă un traumatism afectiv și moral, manifestat prin suferințe psihice, uneori cu stări nevrotice, ca reacție la manifestările de percepție a Eului și a pierderii încrederii de sine. Nu de puține ori, astfel de suferințe conduc la depresie.

Ironia (definită drept acea formă de agresivitate verbală în care enunțul manifest ascunde semnificații latente cu valoare agresivă, diferite de mesajul

propriu-zis) urmărește să producă persoanei atacate, un prejudiciu moral sau o traumă psihică, amplificat tocmai prin caracterul său metaforic sau de joc. De aceea ironia este considerată ca fiind echivalentă cu un act de agresiune real, pervertit în formă verbală (*ibidem*). Sarcasmul este forma cea mai acută, mai pertinentă și mai traumatizantă de agresivitate prin limbaj. Dacă ironia are o conotație netă de răutate, sarcasmul vehiculează, pe lângă răutate, o încărcătură considerabilă de cruzime.

Critica este o metodă favorită a celor care practică mobbingul, deoarece sub aparența îmbunătățirii activității victimei, se subminează, de fapt, atât încrederea acesteia în sine, cât și încrederea celorlalți în competența profesională a persoanei în cauză. Victima refuză astfel să mai aibă inițiative, nu mai dezvoltă creativitate, iar posibilitatea de a se apăra de atacurile ostile i se reduce.

Statisticile arată că anual, numai la nivelul UE, sunt afectați de mobbing circa 12 milioane de angajați (www.ilo.org-global-lang). Bărbații sunt hărțuiți în proporție de 45%, iar femeile în proporție de 55%. De asemenea, tabloul distribuției pe sexe a victimelor hărțuirii psihologice arată că 76% dintre bărbați sunt hărțuiți tot de bărbați, 3% dintre bărbați sunt hărțuiți de femei, iar 21% sunt hărțuiți concomitent de bărbați și de femei. Pe de altă parte, 40% din femei sunt hărțuite tot de femei, 30% – de către bărbați și 30% – de bărbați și de femei, în același timp (Gheondea, 2010, p. 123).

Spre deosebire de alte forme de stres ocupațional, mobbingul destabilizează foarte mult viața psihică și socială a individului. Asemenea unei epidemii tăcute, creează progresiv insatisfacție și demotivare la locul de muncă, distres și implicit, nenumărate probleme psihologice și/sau psihosomatice care dau fenomenului de mobbing titlul de cel mai dur factor de stres social, și care are un efect devastator atât pentru om pe de o parte, cât și pentru organizație și societate (De Pedro *et al.*, 2008), pe de altă parte. Aproximativ 80% din salariații care au fost supuși acțiunii de mobbing au ajuns pacienți ai cabinetelor de psihologie și psihiatrie, ceea ce explică și interesul care se acordă acestui fenomen, costurile sociale aferente recuperării prin tratament de specialitate fiind mari și de lungă durată.

Pe lângă unele efecte psihosomatice (ulcer, hepatită, tulburări de vedere, amețeli, dureri de cap sau de inimă) mobbingul predispune la grave tulburări psihice, ca de exemplu depresia, pe fondul accentuatei devalorizări și a pierderii încrederii și stimei de sine.

Zlate (2007, p. 639) a identificat trei planuri în care se fac simțite efectele mobbingului:

1. în plan psihoindividual: anxietate, atacuri de panică, simptomatologie obsesiv-compulsivă, fobică; tulburări comportamentale (anorexie, bulimie, alcoolism, toxicomanie); pierderea motivației pentru activitate, paralizia inițiativei; scăderea satisfacției, a performanțelor și randamentului; alterarea capacității de adaptare, a echilibrului socio-emoțional, a stimei de sine, alienare socioprofesională, depresie, gânduri suicidare.

2. în plan organizațional: degradarea relațiilor profesionale; afectarea calității procesului de comunicare; lipsa implicării; absenteism; fluctuații dese de personal; concedii medicale frecvente; imaginea firmei are de suferit etc.

3. în plan socioeconomic: alterarea capacității de a avea relații normale cu familia, grupul de prieteni din care face parte sau instituțiile sociale. Nu este întâmplător faptul că rata divorțurilor este mai mare în cazul persoanelor hărțuite psihologic. Şi nu este insignifiant faptul că statul şi implicit societatea, prin instituțiile guvernamentale de protecție socială, au de plătit facturi suplimentare pentru perioadele de şomaj ale foştilor angajați supuşi fenomenului de mobbing şi pentru lungi programe de recuperare psihosocioprofesională ale acestora.

Studii ample efectuate în Germania (Sloan *et al.*, 2010) asupra fenomenului de mobbing au arătat că aproape 98,7% din cei care au fost țintele hărțuirii psihologice la locul de muncă au fost afectați mai mult sau mai puțin sever. Aproximativ 43,9% s-au îmbolnăvit, iar 68,1% au fost forțați să-şi părăsească locul de muncă.

La rândul lor, Hoel şi Cooper au elaborat o cercetare bazându-se pe interviurile efectuate pe 5.228 persoane care proveneau din 70 de organizații diferite din Marea Britanie au identificat existența unei relații semnificative între fenomenul de mobbing şi bolile mentale sau nivelul scăzut de satisfacție a muncii din organizație. Cei doi autori sunt citați în raportul European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002). Dr. Heinz Leymann estimează chiar că mobbingul de la locul de muncă este responsabil de aproximativ 15% din cazurile de depresie urmate de suicid din Suedia (Leymann, 1990).

Nu mai puțin importante sunt costurile mobbingului în plan organizațional. Într-un mediu economic tot mai competitiv şi în continuă schimbare este vital pentru fiecare organizație să-şi fidelizeze angajații şi să-i mențină pe termen cât mai lung, ca o garanție a performanței şi a competitivității. McCord şi Richardson (European Foundation, 2002) au demonstrat că, pe lângă riscul de a pierde angajați valoroşi, mobbingul „distruge moralul angajaților, erodează încrederea, paralizează inițiativa şi creează importante disfuncții organizaționale, absenteism, resemnare, vină, anxietate, paranoia şi diminuarea nivelului producției". În afara impactului asupra organizațiilor, evident nefavorabil, mobbingul are şi alte costuri ascunse, precum diminuarea încrederii investitorilor, a clienților sau a imaginii companiei.

CAUZE ŞI FACTORI EXPLICATIVI AI FENOMENULUI DE MOBBING

Primele demersuri prin care s-a încercat o explicație a apariției mobbingului într-o unitate organizațională s-au axat în jurul personalității victimei, fiind avansată ipoteza că există o anumită categorie de oameni cu anumite trăsături psihologice, practic un tip aparte de personalitate predispus a fi ținta mobbingului. Ipoteza a fost respinsă însă de cercetările ulterioare pe această temă. În ciuda prejudecății că victimele supuse frecvent fenomenului de mobbing sunt personalități timide, care au o încredere scăzută în propria persoană, nu există studii care să lege fenomenul de mobbing de personalitatea celor care sunt supuşi acestui devastator act de teroare psihologică la locul de muncă. Din contră, realitatea arată că multe persoane competente în profesia lor, puternice, încrezătoare, care se bucură în mod evident de respect şi de popularitate în colectivele unde lucrează, intolerante față de ipocrizie şi

comportamente neetice, devin adeseori ținte ale devastatorului fenomen de mobbing. Tocmai aceşti salariați-model devin nesiguri, încep să se îndoiască de competența lor la locul de muncă şi, uneori, să-şi pună chiar probleme legate de sănătatea lor mintală.

În general, se consideră că mobbingul este plasat la interacțiunea mai multor factori: psihologici (factori care țin de personalitatea agresorilor, dar şi a victimelor), circumstanțiali, cultural-organizaționali, situaționali (evenimentul declanşator şi conflictul subiacent) şi chiar factori exteriori organizației (Bultena şi Whatcott, apud Gheondea, 2010, p. 119).

Majoritatea specialiştilor în psihologie organizațională sunt de părere că sursa mobbingului trebuie căutată în primul rând la nivelul managementului. Stresul, care există într-o formă oarecare în orice organizație, dacă nu este bine gestionat, generează conflicte care conduc inevitabil la mobbing. Esența problemei nu constă în „prea mult conflict" (care, de altfel este benefic pentru sănătatea organizației), ci în eşecul direcționării lui într-un sens constructiv. În general, se consideră că mobbingul există în organizațiile unde i se permite să existe.

Zlate (2007, p. 637) nominalizează trei factori principali drept cauză potențială a conflictelor, respectiv a situațiilor de mobbing:

1. Organizarea muncii. Au fost identificate anumite corelații între apariția unor dezechilibre psihosomatice şi anumite situații de muncă. Cea mai frecvent întâlnită situație, de exemplu, este încărcarea angajatului cu numeroase sarcini. De regulă, aceste sarcini au cerințe cu mult sub pregătirea profesională a salariatului devenit ținta mobbingului. Totodată s-a mai observat şi faptul că lipsa regulilor şi a delimitărilor clare între atribuțiile angajaților este adesea o sursă potențială de adversitate la locul de muncă.

2. Împărțirea sarcinilor poate conduce şi ea la anumite discrepanțe între responsabilitățile angajaților, fiind o altă cauză frecventă a situațiilor conflictuale între angajați, la rândul ei generatoare de mobbing.

3. Coordonarea şi direcționarea angajaților. Deşi ar trebui să fie maleabili, să asculte şi să încerce să medieze eventualele nemulțumiri şi conflicte din sectorul lor, unii conducători de organizații preferă să treacă la represalii de multe ori chiar împotriva victimelor mobbingului, negociază de pe poziții de forță tensiunile apărute, fiindu-le greu să accepte că ar putea fi necesară revizuirea organizării muncii în colectivul pe care îl coordonează.

Totuşi, într-o organizație în care cooperarea, ajutorul reciproc şi spiritul de echipă se află la loc de cinste, iar salariații se percep mai mult ca fiind colaboratori decât competititori, şansele dezvoltării unui fenomen de mobbing sunt foarte reduse.

MĂSURI DE SOLUȚIONARE ŞI PREVENIRE

Desigur, cea mai dezirabilă formă de protecție a capacității integrale de muncă a salariaților şi implicit a sănătății acestora, este prevenirea apariției

mobbingului. Reglementările legislative în domeniul muncii sunt un pas important în această direcție, dar nu și suficient.

În paralel cu reglementările legislative, de un real ajutor în prevenirea mobbingului, sunt programele educaționale adresate managerilor (Zlate, 2007, p. 638). Acestea creează premise pentru dezvoltarea capacităților acestora de identificare a posibilelor surse de adversități în cadrul organizației și, mai mult decât atât, ajută la formarea aptitudinilor necesare soluționării adversităților, imediat ce ele au apărut (așa-zisele intervenții manageriale timpurii).

Specialiștii consideră că o cheie importantă în reducerea fenomenului de mobbing este cultura organizațională, care poate induce schimbarea tiparelor de comportament și de interacțiune nocive, începând cu liderii și terminând cu angajații (Sloan *et al.*, 2010).

O astfel de schimbare ar contribui, implicit, și la schimbarea stilului de comunicare din organizație, cu efecte benefice asupra sănătății acesteia în ansamblu. De exemplu, managerii ar putea să întrerupă șirul calomniilor refuzând să vorbească despre un membru al organizației în absența acestuia. De asemenea, informarea ar putea preveni apariția zvonurilor și amplificarea unor conflicte într-o formă ostilă. Mai mult, crearea unor structuri organizaționale care să permită victimelor raportarea mai facilă a unor comportamente abuzive sau de violență, neblocate de reguli rigide de ierarhie, ar îmbunătăți comunicarea intraorganizațională și i-ar da mai multă transparență și deschidere (*ibidem*).

Dacă totuși situațiile de mobbing apar, utilă devine metoda reconcilierii părților, cu ajutorul unui specialist în medierea conflictelor, punând părțile față în față și nelăsând sub nici o formă ca situația să se agraveze. Este foarte important să existe, și de partea victimei, și de partea managerului, un canal și o disponibilitate spre comunicare. În general, ordinea pașilor care trebuie urmați de cel care are problema respectivă, sunt discuțiile cu superiorul și cu conducătorul compartimentului de resurse umane din cadrul organizației. Condiția esențială, fără de care nu se poate ajunge la aplanarea conflictului apărut în unitate este aceea ca neînțelegerile să fie prezentate superiorilor iar aceștia să reușească să creeze un climat de încredere, în care angajatul să-și poată expune deschis problema pe care o are.

De asemenea, în situația în care fenomenul de mobbing există deja în unitatea respectivă, pentru prevenirea agravării efectelor sale, este folositoare metoda reabilitării vocaționale. Aceasta înseamnă autosesizarea managementului și dezvoltarea de programe care țintesc reabilitarea psihosocioprofesională a victimei. Ultima formă de intervenție în cazul eșuării tuturor celorlalte este cea juridică.

În concluzie, putem spune că mobbingul și consecințele sale sunt în mod cert o provocare pentru organizații, fie ele mari sau mici, dar și pentru specialiștii în sănătatea mintală. Complexitatea, dar mai ales importanța fenomenului de mobbing ar trebui să-l impună atenției manageriale dar și legislației care protejează sănătatea muncii. Prevenția este întotdeauna mai ușoară decât vindecarea. În același timp, prevenind mobbingul se reduc șansele apariției depresiei reactive în rândul angajaților.

BIBLIOGRAFIE

1. BELL, A. H., *Gestionarea conflictelor în organizații*, Iași, Editura Polirom, 2007.
2. DE PEDRO, M.M., SÁNCHEZ, M.I.S., SÁEZ NAVARRO, M.C., IZQUIERDO, M.G., *Workplace Mobbing and Effects on Workers' Health*, The Spanish Journal of Psychology, **11**, *1*, 2008 p. 219-227.
3. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Study examines „mobbing" at the workplace, 2002 (http://www.eiro.eurofound.eu.int).
4. GHEONDEA, A. (coord), *Fenomene specifice de discriminare la locul de muncă: mobbingul*, Calitatea vieții, *1-2*, 2010, p. 113-136.
5. GÜL, H., INCE, M., ÖZCAN, N., *The Relationship between workplace mobbing and burnout amond academics at a Turkish University*, Research Journal of International Studies, *8*, 2011, p. 118-130.
6. Institutul de Cercetare a Calității Vieții, *Studiu asupra fenomenului de mobbing și a unor forme de discriminare la locul de muncă în România* (coord. Cristina Tomescu, Sorin Cace), București, Editura Expert, 2011.
7. KOVACS, P., *Mobbingul – un model de analiză*, în AVRAM, E., COOPER, CARY L. (coord.), *Psihologie organizațional-managerială – tendințe actuale*, Iași, Editura Polirom, 2008, p. 592-614.
8. LEYMANN, H., *Mobbing and Psychological Terrors at Work. Violence and Victims*, **5**, *2*, 1990, p. 119-126.
9. MATEI, A., IONESCU, B., *Teroarea psihică la locul de muncă*, Psihologie economică aplicată, *1*, 2009, p. 3-5.
10. IONESCU, B., *Teroarea psihologică la locul de muncă sau cum poți ajunge de la serviciu la ospiciu*, romaningermania.ro.
11. SLOAN, L.M., MATYÓK, T., SCHMITZ, C.L., *A story to tell: Bullying and mobbing in the workplace*, International Journal of Business and Social Science, **1**, *3*, decembrie 2010, p. 87-97.
12. TOMESCU, C., CACE, S., *Studiu asupra fenomenului de mobbing și a unor forme de discriminare la locul de muncă în România*, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, București, Editura Expert, 2011, p. 23.
13. PĂUNESCU, C., *Agresivitatea și condiția umană*, București, Editura Tehnică, 1994, www.mobbing.ro (consultat la data de 7 aug. 2013).
14. ZLATE, M., *Tratat de psihologie organizațional-managerială*, Iași, Editura Polirom, **2**, 2007.

Capitolul 11

INFLUENȚA DEPRESIEI CLINICE ASUPRA MORBIDITĂȚII ȘI MORTALITĂȚII ÎN ONCOLOGIE

ADELA MAGDALENA CIOBANU,
CAMELIA POPA

Studiile de oncopsihiatrie indică trei modalități prin care depresia reușește să înrăutățească prognosticul în tratarea cancerului, cu impact direct asupra ratei mortalității: slăbirea sistemului imunitar, refuzul respectării schemelor de tratament de către bolnav și scăderea calității vieții acestuia. Cu toate acestea, diagnosticarea și tratarea depresiei nu se numără printre abordările uzuale ale clinicilor de oncologie, iar în cele mai multe situații, pacienții cu această tulburare rămân netratați. De aceea, specialiștii în sănătate mintală insistă pentru aplicarea instrumentelor de screening care îi pot identifica pe pacienții oncologici depresivi, în scopul diagnosticării atente a acestei tulburări și al oferirii tratamentului psihiatric specific, în funcție de patologia primară a fiecărui bolnav. Complexitatea reacțiilor psihologice ale bolnavului de cancer necesită prezența unui psiho-oncolog în toate stadiile tratamentului anticancerigen, deoarece consilierea specifică și medicația antidepresivă sunt susceptibile să îmbunătățească răspunsul la tratamentul citostatic și să amelioreze calitatea vieții pacientului.

CANCERUL – STRESOR MAJOR

Cancerul este inclus în categoria celor mai puternici stresori care pot afecta negativ viața individului (DSM IVR). Lupta cu această boală este una încărcată de stres psihologic, iar probabilitatea pacientului oncologic de a dezvolta anxietate și depresie clinică este foarte mare. Din acest motiv se consideră că, în cazul acestei boli grave, depresia este practic „o reacție normală" (depresia și cancerul co-apar de obicei; între cancer și depresie există, întotdeauna, o reacție bidirecțională).

Pacientul oncologic trece printr-o experiență copleșitoare a vieții sale, este încercat de sentimente puternice de disperare, de pierdere a controlului asupra propriei vieți. El se trezește frecvent din somn din cauza durerii, iar această perturbare a ciclului somn-veghe îi poate determina insomnia. Bolnavul de cancer deprimat devine obosit și lipsit de motivație în lupta cu boala, anorexic și descurajat. Prin atitudinile sale de retragere și de abandon sunt afectate atât complianța la tratament, cât și relațiile familiale și sociale. În plus, stresul cronic

resimțit ca urmare a acestei traume afectează negativ sistemul său imunitar, dezarmându-l și mai mult din punct de vedere neurobiologic în lupta cu cancerul.

Atunci când se confruntă cu cancerul, pacientul parcurge fazele descrise în scara Kubler-Ross: refuzul sau negarea bolii, revolta (perceperea bolii ca pedeapsă), furia, resemnarea și sindromul anxios-depresiv, în cadrul căruia este dominat de stări afective negative și poate refuza tratamentul (Alter, 1995). Reacțiile psihologice variate, care survin după comunicarea diagnosticului de cancer, dezvăluie anxietatea, negarea, pasivitatea și frustrarea pacientului; aceste reacții sunt însoțite de dispariția tuturor proiectelor pe termen lung și a responsabilităților personale, ele stimulează gândurile obsesive de moarte apropiată (Perdrizet-Chevallier *et al.*, 2008). În cazul cancerului ginecologic, acestor reacții li se adaugă și modificări puternice de reprezentare a feminității și a sexualității, ceea ce amplifică severitatea simptomelor depresive și poate influența negativ respectarea tratamentului (*idem*).

Oboseala extremă a pacientului oncologic, care îi determină insuficiența funcțională, poate ajuta la identificarea/screeningul inițial al depresiei și, ulterior, la tratarea acesteia. Fatigabilitatea s-a asociat întotdeauna cu rate mai mari de depresie în cazul bolnavilor de cancer, evidențiate atât prin scalele specifice și instrumentele de auto-raport, cât și prin interviurile structurate (Traeger *et al.*, 2011). Tratând depresia, oboseala legată de cancer și insuficiența funcțională pot fi mai bine gestionate (*idem*). Greața, oboseala, somnolența, dispneea și scăderea apetitului au fost, la rândul lor, raportate în studii, fiind legate de depresie, anxietate și de scăderea bunăstării pacienților (Salvo *et al.*, 2012).

Tulburările de somn sunt, de asemenea, prezente în tabloul simptomatologic al pacienților oncologici, fiind markeri ai depresiei coexistente cancerului. Nivelurile ridicate de depresie și stresul aferent, măsurate în cazul femeilor cu cancer de sân metastatic, precum și creșterea durerii, determină mai puține ore de somn, trezirea în timpul nopții și somnolență în timpul zilei (Palesh *et al.*, 2007). Aceste dereglări ale somnului persistă și în cazul femeilor care supraviețuiesc cancerului de sân, insomnia fiind o problemă comună a foștilor pacienți, după remisia bolii (Weinberger *et al.*, 2010).

Legătura dintre depresie și calitatea vieții pacienților, măsurată prin scoruri de performanță privind îndeplinirea activităților cotidiene, a fost și ea cercetată, demonstrându-se că pacienții oncologici depresivi se autoevaluează ca având cele mai mari scăderi ale performanței (Jeon *et al.*, 2007), comparativ cu bolnavii de cancer în stadii similare, însă fără simptome depresive.

DEPRESIA CA FACTOR DE MALIGNIZARE

Studiile cu privire la influența depresiei clinice asupra morbidității și mortalității în oncologie, precum și cele referitoare la depresie ca factor de malignizare sunt puțin numeroase, în ciuda prevalenței înalte a tulburării depresive la pacienții cu cancer. Potrivit unor studii, depresia și anxietatea se întâlnesc la 25% dintre pacienții cu cancer avansat – Salvo, 2012; alți autori măsoară rate de

prevalență de peste 40%. Cercetările interdisciplinare cu privire la depresia pacienților oncologici s-au axat preponderent pe: îmbunătățirea calității vieții acestora; patogeneză; instrumentele de screening disponibile; dificultățile de diagnosticare (diagnosticul este complicat, deoarece unele simptome de cancer și efectele tratamentului pot mima depresia); interferența depresiei în evoluția cancerului, care afectează complianța la tratament; analiza funcțiilor imunitare și endocrine (Spiegel, Giese-Davis, 2003; Olff, 1999) și, nu în ultimul rând, pe abordările specifice ale tratamentelor (Walker *et al.*, 2013; Weinberger *et al.*, 2010; Walker&Sharpe, 2009).

Unele studii cu privire la mortalitate și depresie au reușit totuși să demonstreze că pacienții diagnosticați cu depresie înaintea managementului chirurgical al astrocitomului cerebral malign înregistrează o rată de supraviețuire mai mică decât cei care nu au avut, preoperatoriu, un diagnostic de depresie, independent de gradul de invaliditate, gradul tumorii și modalitățile de tratament (Gathinji *et al.*, 2013). În ceea ce privește prevalența depresiei la pacienții cu astrocitom cerebral malign, ratele oferite de studii sunt relativ apropiate. Mainio (2011) susține că depresia severă este prezentă la 44% din pacienții cu tumori cerebrale. Aceștia au, de asemenea, scoruri de anxietate și scoruri fobice crescute, comparativ cu pacienții oncologici non-deprimați. Comorbiditățile fobice și anxioase, mai arată autorul citat, complică depresia, în sensul creșterii severității și cronicizării ei. De aceea, se recomandă planificarea tratamentului pacienților oncologici depresivi cu comorbidități concurente în cadrul unităților de psihiatrie.

La rândul lor, pacientele cu cancer de sân, diagnosticate cu depresie, au avut un risc mai mare de mortalitate comparativ cu pacientele fără depresie (Hjerl *et al.*, 2003). Toate aceste constatări, științific validate, trebuie să fie însoțite de programe adecvate de reducere a depresiei înaintea și în timpul tratamentului, precum și după tratament (Würtzen *et al.*, 2013).

Majoritatea studiilor de profil au evidențiat că o coexistență a cancerului și a depresiei este asociată cu un risc semnificativ crescut de deces, iar efectul depresiei asupra riscului de deces diferă în funcție de tipul de cancer. O cercetare comparativă a efectului depresiei asupra riscului de deces la adulții cu și fără cancer (N = 10.025 de subiecți) a arătat că ratele de pericol a mortalității au variat astfel: 1,87% pentru pacienții cu cancer deprimați, 1.43% pentru pacienții cu cancer nondeprimați și 1.44% pentru pacienții depresivi fără cancer (Onitilo *et al.*, 2006). Deci, cea mai mare rată de mortalitate la 1.000 de persoane a fost cea a grupului de pacienți oncologici deprimați.

O meta-analiză a studiilor disponibile privind legătura dintre depresie și dezvoltarea ulterioară a cancerului a indicat o asociație mică între cele două variabile, dar marginal semnificativă statistic, ceea ce a confirmat ipoteza potrivit căreia depresia este un factor etiologic al dezvoltării cancerului (McGee *et al.*, 1994).

Corelația între scorurile de depresie la pacienții cu cancer avansat, calculate cu ajutorul Scalei Edinburgh (EDS) și riscul de deces a fost, de asemenea, una semnificativă statistic, o creștere de un punct în scorul EDS a crescut cu 7% riscul de deces (Lloyd-Williams *et al.*, 2009). Rezultate identice au găsit și alți autori. Olff (1999), într-un studiu pe 87 de pacienți oncologici cu un statut socioeconomic

scăzut, a măsurat intensitatea depresiei cu ajutorul Scalei Edinburgh și a constatat că scorurile de depresie au avut un efect independent semnificativ asupra riscului de deces în perioada de studiu – o creștere de un punct a acestor scoruri a crescut tot cu 7% riscul de deces. Concluzia formulată de autor a fost aceea că depresia este un predictor independent de supraviețuire la pacienții săraci cu cancer avansat, testarea acestor pacienți și oferirea unor intervenții adecvate fiind mai mult decât necesare.

STRES – DURERE – DEPRESIE – CANCER

Legătura de cauzalitate între depresie, stres și cancer este greu de stabilit, însă există studii care au reușit să demonstreze că hormonul stresului, cortizolul – care are un nivel crescut în cazul pacienților oncologici, determinând anumite niveluri inflamatorii în organism – este asociat direct cu riscul de mortalitate. Însă, mecanismele psihofiziologice care leagă depresia de progresia cancerului includ, pe lângă variația în special diurnă în cortizol și melatonină, și dereglarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (Spiegel, Giese-Davis, 2003).

Stresul acut și cronic influențează sistemul imunitar în mod diferit. În timp ce prima formă de stres stimulează imunitatea, cea de-a doua o afectează negativ, dar amplitudinea influențelor depinde de activarea sistemului nervos, de variabilitatea individuală, de sexul, de vârsta și de resursele psihologice personale ale indivizilor expuși stresului, arată studiile în domeniu. De exemplu, s-a demonstrat că stresul psihologic este cu atât mai mare cu cât pacienții sunt mai tineri (Hinz *et al.*, 2009). De asemenea, în cazul bolnavilor cu cancer de prostată, un studiu a arătat că administrarea chimioterapiei și a radioterapiei a crescut stresul.

Corelația inversă între vârstă și stres a fost identificată și de alți autori. Pacienții mai tineri de 50 de ani și femeile experimentează niveluri mult mai înalte de stres și de anxietate în apropierea momentului diagnosticului de cancer, a relevat un studiu derulat pe 10.153 de subiecți cu o vârstă medie de 59 de ani, dintre care 45% au fost bărbați. Potrivit acestui studiu, 12,9% dintre pacienți au raportat simptome clinice de depresie, iar 16,5% au descris simptomele subclinice. Totodată, 19,0% dintre pacienți au prezentat niveluri clinice de anxietate iar 22,6% au avut simptome subclinice.

Expunerea prelungită la stresul sever poate depăși deci resursele de adaptare ale persoanei, generând depresia. La rândul lor, trăirile afective negative deprimă sistemul imunitar. Practicienii susțin că atât gestionarea stresului, cât și tratamentul farmacologic și psihoterapeutic al depresiei clinice sunt susceptibile de a îmbunătăți rezultatele în oncologie. Intervențiile psihologice care au ca scop reducerea amplitudinii trăirilor negative au un efect benefic asupra sistemului imunitar, subliniază Olff (1999).

O altă direcție importantă de cercetare a vizat legătura care se stabilește între durerea care îi împovărează pe pacienții oncologici; simptomele comportamentale comorbide, cum ar fi depresia și declinul cognitiv și disfuncția sistemului imunitar.

Astfel, disfuncția sistemului imunitar reprezintă un motiv patogen comun de durere, depresie și declin cognitiv la pacienții cu cancer (Spoletini *et al.*, 2010).

De exemplu, femeile diagnosticate cu cancer de sân, care au raportat dureri înainte de intervențiile chirurgicale, au avut scoruri mai mari de depresie și anxietate comparativ cu cele care nu au raportat dureri, a arătat un studiu realizat pe 390 de paciente (Kyranou *et al.*, 2013).

Date fiind aceste rezultate, cercetătorii arată că viitoarele studii de profil ar trebui să se concentreze asupra următoarelor aspecte: înțelegerea impactului durerii din cancer asupra psihopatologiei depresive; descrierea fenomenologiei multidimensionale a durerii (aceasta este un proces complex, care implică factori emoționali, cognitivi și senzoriali) și, nu în ultimul rând, pe asigurarea bunăstării pacienților, prin tratamentul durerii.

NEVOIA DE SUPORT

Influența factorilor sociali în depresia asociată cancerului este una foarte puternică. Pacienții deprimați, diagnosticați ca atare, conform ICD-10 (cu tulburări emoționale persistente, cu incapacitatea de a se adapta diagnosticului de cancer și cu deteriorare marcantă a performanței în activitățile de zi cu zi), au raportat un sprijin social mai sărac, o incidență mai mare a evenimentelor nedorite sau incontrolabile, comparativ cu pacienții oncologici nondeprimați (Grassi *et al.*, 1997). Nevoia de suport social este, deci, esențială în lupta cu cancerul, bolnavul înconjurat de familie și de prieteni având un risc mai mic pentru a dezvolta depresie și anxietate.

Tot de suportul sociofamilial ține și oferirea unor informații corecte, deschise, cu privire la diagnosticul și la prognosticul cancerului. Last și Van Veldhuizen (1996) au demonstrat importanța comunicării sincere, în cadrul unui studiu privind bunăstarea emoțională a copiilor cu cancer. Eșantionul stratificat a fost compus din 56 de copii, pacienți ai clinicilor de oncologie (cu vârste între 8-16 ani) și din părinții lor. Astfel, copiii care au primit de la părinți informații de bază, sincere, despre diagnosticul lor si prognosticul cancerului, chiar din faza inițială a bolii, au fost mai puțin afectați de depresie și anxietate.

Această constatare oferă deschideri aplicative psiho-oncologiei. Atât psihologii, cât și medicii oncologi ar trebui să ofere ajutor părinților, pentru ca aceștia să-și îndeplinească eficient dificila sarcină a informării propriilor copii cu privire la diagnosticul, prognosticul și tratamentul cancerului.

Au existat și studii care au avut în atenție factorii psihologici de risc ai depresiei oncologice. Unele au arătat că traumele și dificultățile din copilărie pot afecta negativ sănătatea adultului, atunci când acesta ajunge să se confrunte cu un stresor major precum cancerul. Astfel, adversitățile din copilărie și evenimentele de viață recente s-au evidențiat ca factori semnificativi de risc pentru niveluri mai ridicate de simptome depresive, în cazul pacienților oncologici (Archer *et al.*, 2012).

Tot în contextul nevoii de suport trebuie să menționăm că un important factor de reziliență în lupta cu depresia oncologică s-a dovedit a fi credința religioasă,

care întărește mecanismele de adaptare ale individului la noua sa situație (Cousson-Gélie, 2012). Chiar dacă această credință se reduce în primele 4 luni de tratament citostatic, ulterior controlul religios se stabilizează și se asociază cu scăderea neajutorării, a negării și a evitării, cu sentimentul de speranță, precum și cu îmbunătățirea calității vieții bolnavului.

COMORBIDITĂȚI PSIHIATRICE LA SUPRAVIEȚUITORII DE CANCER

Un aspect adeseori ignorat de specialiștii în tratarea depresiei, fie ei psihiatri, psihologi sau asistenți sociali însărcinați cu refacerea suportului social al persoanelor afectate, este reprezentat de problemele supraviețuitorilor din lupta cu cancerul. Cercetările pe această tematică nu sunt numeroase, iar screeningul pentru stres psihosocial la foștii pacienți oncologici nu se realizează. Studiile longitudinale cu privire la prezența depresiei la supraviețuitorii de cancer au fost, de asemenea, puține, iar asocierea între depresia preoperatorie și supraviețuirea pacientului necesită investigații suplimentare.

Potrivit unora dintre aceste studii, prevalența depresiei a fost ridicată în rândul supraviețuitorilor de cancer de stomac, chiar și după terminarea tratamentului, scorurile de depresie stabilind corelații semnificative cu unii dintre factorii psihologici, fiziologici sau care țineau de calitatea vieții, respectiv veniturile mai mici, grija cu privire la tratament, schimbarea imaginii corpului, oboseala, dispneea și insomnia (Han *et al.*, 2013). Potrivit studiului citat, 44% dintre cei 391 de supraviețuitori de cancer de stomac investigați au avut scoruri mai mari de 13 pe Scala de depresie Beck, la un an după operație, prevalența simptomelor depresive fiind mai mare la femei (49%) decât la bărbați (42%).

Într-o altă cercetare, frica de recurență s-a dovedit a fi o preocupare comună a foștilor pacienți oncologici (Humphris *et al.*, 2003), însă ea îi afectează mai puternic pe pacienții tineri; cei cu vârste de peste 65 de ani sunt puțin preocupați de recurență (*idem*).

Mehnert și Koch (2008) examinează comorbiditățile psihosociale și calitatea vieții în cazul supraviețuitorilor de cancer de sân (N = 1083 de subiecți, investigați la 47 de luni de la diagnosticare, cu o rată de răspuns la chestionare de 66%), precum și nevoia percepută a acestora de sprijin psihosocial. Studiul celor doi autori relevă prezența anxietății la 38% din pacienți, a depresiei moderate până la mare la 22% și a tulburării de stres posttraumatic la 12%. Predictori ai comorbidităților psihologice au fost suportul social scăzut, teama de progresul bolii, vârsta tânără și nivelul mai scăzut de educație. Cu cât vârsta femeilor a fost mai înaintată, iar nivelul de educație mai scăzut, cu atât acestea au apelat mai puțin la programele de asistență și de sprijin social existente. Educarea pacienților care supraviețuiesc cancerului și inițierea unor intervenții psihologice adecvate în rândurile acestora sunt astfel mai mult decât necesare.

Alte cercetări (Seitz *et al.*, 2010) au arătat că adolescenții care supraviețuiesc cancerului prezintă un risc crescut de a avea simptome de stres posttraumatic, anxietate și /sau depresie în timpul maturității (care respectă criteriile de diagnostic

din DSM-IV), ceea ce a atras din nou atenția asupra evaluării aprofundate a efectelor psihologice persistente în timp și asupra necesității intervențiilor psihosociale, după diagnosticarea cu cancer a adolescenților.

Așadar, cei care supraviețuiesc cancerului au o serie de dificultăți psihologice și sociale, care nu trebuie ignorate. Printre aceste dificultăți se numără depresia, anxietatea, stresul și teama de recurență, care le pot afecta supraviețuitorilor relația cu familia, reinserția socială și pot avea un impact negativ asupra calității vieții (Jaret *et al.*, 2013). Deși, în general, calitatea vieții este percepută ca fiind „bună" de către cea mai mare parte a supraviețuitorilor de cancer, există și persoane care percep o deteriorare a acesteia, ca urmare a reducerii resurselor sociale și economice. Frica asociată reapariției cancerului poate fi diminuată printr-un suport social adecvat, mai subliniază autorii citați. Ei remarcă totuși lipsa cercetărilor cu privire la impactul psihologic și social al traumelor, în cazul supraviețuitorilor de cancer, precum și la calitatea/bunăstarea vieții acestora.

Nu în ultimul rând, examinarea depresiei supraviețuitorilor de cancer ar trebui să vizeze și evaluarea simptomelor somatice ale acestora, ca indicatori-cheie ai patologiei psihiatrice în grupul de pacienți oncologici. Astfel, unele cercetări au arătat că îmbunătățirea prognosticului afecțiunii oncologice și chiar remisiunea cancerului se asociază pozitiv cu reducerea progresivă a agitației psihomotorii, a slăbiciunii, a oboselii și a pesimismului. S-a constatat că dispariția simptomelor somatice, în cazul a peste jumătate din supraviețuitorii de cancer de prostată, diagnosticați anterior cu simptome de depresie semnificative clinic, a condus la scăderea amplitudinii simptomatologiei depresive doi ani mai târziu (Sharpley, Christie, 2007).

DIRECȚII VIITOARE DE CERCETARE

Printre viitoarele direcții de cercetare în domeniul depresiei oncologice, identificate în studiile de gen, se numără:

- înțelegerea epidemiologiei durerii, depresiei, și a oboselii, în contextul patologiei oncologice (Reyes-Gibby *et al.*, 2006). Cercetările circumscrise acestei problematici ar urma să identifice gradele de risc pentru dezvoltarea anumitor simptome, în rândul bolnavilor de cancer, comparativ cu alte populații fără antecedente oncologice;
- studiul aprofundat al disfuncțiilor imunitare din afecțiunile oncologice, cu implicații importante asupra interdependențelor dintre tratamentul oncologic și cel antidepresiv. Cercetătorii pornesc de la premisa că disfuncțiile imunitare reprezintă un factor patogen comun pentru depresie, cancer și îmbătrânire (Spoletini *et al.*, 2008);
- examinarea comorbidităților psihiatrice ale cancerului în corelație cu factorii socio-demografici, educaționali, de vârstă, precum și cu accesul bolnavilor oncologici la serviciile și programele de îngrijire;
- testarea pentru depresie și anxietate a supraviețuitorilor cancerului; creșterea sensibilității scalelor care identifică morbiditățile psihiatrice asociate cancerului; asigurarea complementarității itemilor acestor scale cu conținutul interviurilor clinice structurate, în vederea obținerii unor tablouri simptomatologice cât mai specifice (Hall, A'Hern și Fallowfield, 1999; Patel *et al.*, 2011); optimizarea și validarea scalelor de depresie astfel încât acestea să măsoare și eficacitatea tratamentului antidepresiv;
- surprinderea dinamicii depresiei clinice și a evoluției cancerului, în corelație cu tratamentul antidepresiv și cu psihoterapia administrate pacienților oncologici;
- dezvoltarea unor terapii personalizate și eficiente de gestiune a durerii din cancer, cu impact pozitiv asupra patologiei depresive, susceptibile să stopeze declinul cognitiv al pacienților oncologici (Spoletini *et al.*, 2010);
- elaborarea unei semiologii specifice pentru tulburări depresive în domeniul oncologic, cu implicații clinice, practice și preventive relevante (Reich, 2010); identificarea particularităților fenomenologiei depresive din cancer, ținând seama de vârsta pacientului oncologic.

BIBLIOGRAFIE

1. ALTER, C. L., *Common psychiatric syndromes in cancer patients*, în MACDONALD, J. S., HALLER, D. G., MAYER, R. J. (Eds.), *Manual of oncologic therapeutics*, Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1995, p. 430-437 (3rd ed).
2. ARCHER, J.A., HUTCHISON, DORUDI, S., STANSFELD, S.A., KORSZUN, A., *Interrelationship of depression, stres and inflammation in cancer patients: A preliminary study*, Journal of Affective Disorders, **143**, *1-3*, 2012, p. 39-46.
3. COUSSON-GELIE, F., *Évolution du contrôle religieux la première année suivant l'annonce d'un cancer du sein : quels liens avec les stratégies de coping, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie?*, Psychologie Française, In Press, Corrected Proof, Available online 21 February 2012.
4. GATHINJI, M., MCGIRT, M. J., ATTENELLO, F. J., CHAICHANA, K. L. et al., *Association of preoperative depression and survival after resection of malignant brain astrocytoma*, Surgical Neurology, **71**, *3*, 2009, p. 299-303.
5. GRASSI, L., MALACARNE, P., MAESTRI, A., RAMELLI, E., *Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer*, Journal of Affective Disorders, **44**, *1*, 1997, p. 21-30.
6. HALL, A., A'HERN, R., FALLOWFIELD, L., *Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer?*, European Journal of Cancer, **35**, *1*, 1999, p. 79-85.
7. HAN, K. H., HWANG, I. C., KIM, S., BAE, J. M. et al., *Factors Associated With Depression in Disease-free Stomach Cancer Survivors*, Journal of Pain and Symptom Management, In Press, Corrected Proof, Available online 13 March 2013.
8. HINZ, A., KRAUSS, O., STOLZENBURG, J. U., SCHWALENBERG, T. et al., *Anxiety and depression in patients with prostate cancer and other urogenital cancer: A longitudinal study*, Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations, **27**, *4*, 2009, p. 367-372.
9. HJERL, K., ANDERSEN, E. W., KEIDING, N., MOURIDSEN, H. T., MORTENSEN, P. B., JØRGENSEN, T., *Depression as a Prognostic Factor for Breast Cancer Mortality*, Psychosomatics, **44**, *1*, 2003, p. 24-30.
10. HUMPHRIS, G. M., ROGERS, S., MCNALLY, D., LEE-JONES, C., BROWN, J., VAUGHAN, D., *Fear of recurrence and possible cases of anxiety and depression in orofacial cancer patients*, International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, **32**, *5*, 2003, p. 486-491.
11. JARRETT, N., SCOTT, ADDINGTON-HALL, AMIR, Z. et al., *Informing future research priorities into the psychological and social problems faced by cancer survivors: A rapid review*

and synthesis of the literature, European Journal of Oncology Nursing. In Press, Corrected Proof, Available online 22 April 2013.
12. JEON, H. J., SHIM, E. J., SHIN, Y. W., OH, D. Y. et al., *Discrepancies in performance status scores as determined by cancer patients and oncologists: are they influenced by depression?*, General Hospital Psychiatry, **29**, *6*, 2007, p. 555-561.
13. KYRANOU, M., PAUL, S. M., DUNN, L. B. *et al.*, *Differences in depression, anxiety, and quality of life between women with and without breast pain prior to breastcancer surgery*, European Journal of Oncology Nursing, **17**, *2*, 2013, p. 190-195.
14. LAST, B. F., VAN VELDHUIZEN, A. M. H., *Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depression in children with cancer aged 8–16 years*, European Journal of Cancer, **32**, *2*, 1996, p. 290-294.
15. LINDEN, W., VODERMAIER, A., MACKENZIE, R., GREIG, D., *Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age*, Journal of Affective Disorders, **141**, *2-3*, 2012, p. 343-351.
16. LLOYD-WILLIAMS, M., SHIELS, C., TAYLOR, F., DENNIS, M., *Depression – An independent predictor of early death in patients with advanced cancer*, Journal of Affective Disorders, **113,** *1-2*, 2009, p. 127-132.
17. MAINIO, A., HAKKO, H., NIEMELÄ, A., KOIVUKANGAS, J., RÄSÄNEN, P., *Depression in relation to anxiety, obsessionality and phobia among neurosurgical patients with a primary brain tumor: A 1-year follow-up study Clinical Neurology and Neurosurgery*, **113**, *8*, 2011, p. 649-653.
18. PATEL, D., SHARPE, L., THEWES, B., BELL, M. L., CLARKE, S., *Using the distres thermometer and hospital anxiety and depression scale to screen for psychosocial morbidity in patients diagnosed with colorectal cancer*, Journal of Affective Disorders, **131**, *1-3*, 2011, p. 412-416.
19. PERDRIZET-CHEVALLIER, C., M. REICH, M., A. LESUR, A., *Dépression et anxiété chez les femmes souffrant de cancers gynécologiques*, Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique, **166**, *4*, 2008, p. 292-296.
20. MCGEE, R., WILLIAMS, S., ELWOOD, M., *Depression and the development of cancer: A meta-analysis*, Social Science & Medicine, **38**, *1*, 1994, p. 187-192.
21. MEHNERT, A., KOCH, U., *Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors*, Journal of Psychosomatic Research, **64**, *4*, 2008, p. 383-391.
22. OLFF, M., STRESS, *Depression and immunity: the role of defense and coping styles*, Psychiatry Research, **85**, *1*, 1999, p. 7-15.
23. ONITILO, A. A., NIETERT, P. J., EGEDE, L. E., *Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site*, General Hospital Psychiatry, **28**, *5*, 2006, p. 396-402.
24. PALESH, O. G., COLLIE, K., BATIUCHOK, D., TILSTON *et al.*, *A longitudinal study of depression, pain, and stres as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer*, Biological Psychology, **75**, *1*, 2007, p. 37-44.
25. REYES-GIBBY, C. C., ADAY, L. A., ANDERSON, K. O., MENDOZA, T. R., CLEELAND, C. S., *Pain, depression, and fatigue in community-dwelling adults with and without a history of cancer*, Journal of Pain and Symptom Management, **32**, *2*, 2006, p. 118-128.
26. SALVO, N., ZENG, L., ZHANG, M., LEUNG, L., KHAN, R., PRESUTTI, J. *et al.*, *Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer*, Clinical Oncology, **24**, *2*, 2012, p. 139-148.
27. SEITZ, D. C. M., BESIER, T., DEBATIN, K. M., GRABOW, D. *et al.*, *Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in adolescence*, European Journal of Cancer, **46**, *9*, 2010, p. 1596-1606.
28. SHARPLEY, C. F., CHRISTIE, D. R. H., *Actual change in anxiety and depression among Australian men with prostate cancer*, The Journal of Men's Health & Gender, **4**, *1*, 2007, p. 32-38.
29. SPIEGEL, D., GIESE-DAVIS, J., *Depression and cancer: mechanisms and disease progression*, Biological Psychiatry, **54**, *3*, 2003, p. 269-282.

30. SPOLETINI, I., CALTAGIRONE, C., CECI, M., GIANNI, W., SPALLETTA, G., *Management of pain in cancer patients with depression and cognitive deterioration*, Surgical Oncology, **19**, *3*, 2010, p. 160-166.
31. SPOLETINI, I., GIANNI, W., REPETTO, L., BRIA, P., CALTAGIRONE, C., BOSSÙ, P., SPALLETTA, G., *Depression and cancer: An unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients*, Critical Reviews in Oncology/Hematology, **65**, *2*, 2008, p. 143-155.
32. TRAEGER, L., BRAUN, I. M., GREER, J. A., TEMEL, J. F. et al., *Parsing depression from fatigue in patients with cancer using the Fatigue Symptom Inventory*, Journal of Pain and Symptom Management, **42**, *1*, 2011, p. 52-59.
33. WALKER, J., SAWHNEY, A., HANSEN, C. H., SYMEONIDES, S., MARTIN, P., MURRAY, G., SHARPE, M., *Treatment of depression in people with lung cancer: A systematic review*, Lung Cancer, **79**, *1*, 2013, p. 46-53.
34. WALKER, J., SHARPE, M., *Depression care for people with cancer: a collaborative care intervention*, General Hospital Psychiatry, **31**, *5*, 2009, p. 436-44.
35. WEINBERGER, T., FORRESTER, A., MARKOV, A., CHISM, K., KUNKEL, E., *Women at a dangerous intersection: Diagnosis and treatment of depression and related disorders in patients with breast cancer*, Psychiatric Clinics of North America, **33**, *2*, 2010, p. 409-422.
36. WÜRTZEN, H., OKSBJERG DALTON, S., ELSASS, P., SUMBUNDU, A.D. et al., *Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: Results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I–III breast cancer*, European Journal of Cancer, **49**, *6*, 2013, p. 1365-1373.

Capitolul 12

COMUNICAREA DINTRE TERAPEUT ŞI PACIENŢII CU AFECŢIUNI ONCOLOGICE, DEPRESIVI

IOANA OMER, GABRIELA-FLORENŢA POPESCU*

RELAŢIA TERAPEUT-PACIENT

Întâlnirea dintre terapeut şi pacient este o formă de contact uman şi, totodată, o variantă de comunicare interumană. Se stabileşte astfel un sistem de comunicare între terapeut-pacient (Sähleanu, Oprescu, 1977). Athanasiu (1998) consideră că simptomele şi semnele furnizate de pacient (cele ale bolii dar şi expresia facială, mimică, gestuală) alcătuiesc un limbaj al corpului pe care terapeutul îl observă şi îl decodifică; foarte importantă este şi atmosfera, raportul dintre emiţător şi receptor.

Acelaşi autor atrage atenţia asupra faptului că terapeutul trebuie să cunoască şi să deţină suficiente informaţii asupra trecutului ereditar, familial şi personal al pacientului. Pentru a obţine rezultate în terapie, psihologul trebuie să fie foarte bine informat asupra: problemelor pe care pacientul le prezintă; personalităţii acestuia; stilului lui de viaţă, a modului propriu de a rezolva problemele apărute şi de a stabili relaţii interpersonale; asupra încercărilor şi modalităţilor deja aplicate de pacient pentru rezolvarea problemelor (idem).

Ideea de a împărtăşi gândurile şi sentimentele intime cu o altă persoană poate crea stări anxioase pacientului, deoarece pot interveni unele distorsiuni de gândire, cum ar fi evaluarea negativă, critica sau culpabilizarea. Aceste mecanisme de apărare, aceste stări anxioase pot fi diminuate prin stabilirea unei relaţii terapeutice bazate pe următoarele principii: încredere, empatie, respect faţă de pacient, sinceritate, autenticitate, ascultare activă, naturaleţe (Rogers, 1992). Vom prezenta în continuare importanţa fiecăruia dintre aceste principii care reprezintă, în acelaşi timp, abilităţi ale terapeuţilor:

1. *Empatia* este abilitatea de transpunere a terapeutului în sistemul cognitiv şi afectiv al unei pacient, cu păstrarea propriei identităţi, astfel încât terapeutul să-şi poată menţine obiectivitatea faţă de problemele acestuia;

2. *Privirea necondiţionat pozitivă*: în viziunea lui C. Rogers (1992) aceasta presupune o acceptare necritică a pacientului de către terapeut, evitarea tendinţei de a-l judeca şi de a-l culpabiliza;

3. *Sinceritatea şi autenticitatea*: aceste calităţi descriu, după C. Rogers (1992), capacitatea de deschidere a terapeutului spre o comunicare autentică cu pacientul;

* Universitatea *Spiru Haret*, Facultatea de Sociologie-Psihologie, Bucureşti, Bd. Republicii nr. 256; e-mail: gabrielapopescu04@yahoo.com.

4. *Căldura* manifestată de către terapeut defineşte abilitatea acestuia de a fi deschis şi abordabil faţă de persoanele care solicită sprijin;

5. *Ascultarea activă* presupune derularea următoarelor etape: ascultarea fizică, deschiderea discuţiei, structurarea discuţiei şi disciplinarea ascultării (Rogers, 1992).

a) *Ascultarea fizică* se realizează prin: asigurarea intimităţii în cabinetul terapeutului; terapeutul se aşează la acelaşi nivel cu pacientul, având o postură corporală destinsă, trunchiul uşor plecat înainte, la 50-90 cm distanţă faţă de pacient, pentru a nu-l stingheri pe acesta şi respectându-i distanţa personală; contact vizual susţinut pentru ca pacientul să-şi dea seama că este urmărit cu atenţie de către terapeut; datul din cap în sens afirmativ, care exprimă atenţia acordată pacientului şi interesul faţă de problemele acestuia;

b) *Deschiderea discuţiei* prin formularea unor întrebări deschise, de genul: „Aveţi vreo problemă?", „Sunt gata să vă ascult.", „Cu ce vă pot ajuta ?";

c) *Structurarea discuţiei.* Terapeutul foloseşte în această etapă tehnici de facilitare a dialogului. Pacientul este lăsat să vorbească, nu este întrerupt în mijlocul frazei. În timpul derulării discursului pacientului, terapeutul pune întrebări deschise, evitând utilizarea limbajului ştiinţific în mod excesiv: „Cum?", „De când?";

d) *Disciplinarea ascultării* presupune capacitatea de a reţine ceea ce s-a spus, de a remarca elementele esenţiale şi de a menţine discuţia pe un flux discursiv şi corect, după modelul empatic (luarea de notiţe sau utilizarea unor mijloace audio şi video moderne);

6. În timpul expunerii problemelor legate de boală, subiecţii au nevoie de „*mesaje de continuare*" din partea terapeutului, ca expresie a înţelegerii de care se bucură din partea acestuia (Oancea, 2002). Cele mai multe mesaje de continuare sunt nonverbale, corporale, fiind exprimate prin „limbajul trupului". Este vorba despre expresii faciale de atenţie, oglindirea mimică a celor spuse, datul din cap, zâmbetul favorabil de acceptare, contactul vizual bun, uşoara aplecare a corpului înainte. Exprimările verbale pot fi de tipul: „vă rog, continuaţi", „bine", „aşa", „într-adevăr", „da" etc. (idem).

La polul opus se află „*mesajele de descurajare*" din partea terapeutului, care pot să apară, neintenţionat, în timpul comunicării şi pot avea consecinţe negative asupra comunicării terapeut-pacient. Ele pot exprima lipsa de respect, nemulţumirea şi multe reacţii psihologice negative ale terapeutului faţă de discursul subiectului.

Printre mesajele de descurajare din partea terapeutului amintim manifestările nonverbale şi excesul sau lipsa de autoritate faţă de bolnav:

Mesajele nonverbale. Carkhuff (1987) şi Egan (1990) disting următoarele mesaje nonverbale din partea terapeutului, cu impact negativ asupra psihicului bolnavului, blocându-l pe acesta sau diminuându-i încrederea în terapeut: grabă, nerăbdare, enervare, atenţie fluctuantă cu pauze de înregistrare a problemelor bolnavului; mimică mohorâtă, plictisită, dezinteresată, care sugerează bolnavului o capacitate mai redusă de angajare în efort din partea terapeutului; privire rece, ameninţătoare, disprețuitoare; gesturi de a răsfoi hârtiile aflate pe birou; discuţii prelungite purtate cu alte persoane care intră în cabinet în timpul consultaţiei; utilizarea telefonului în timpul consultaţiei; priviri persistente pe fereastră; plecarea de la locul de discuţiei. Toate acestea reflectă lipsa de interes pentru cele spuse de pacient.

Exces sau lipsă de autoritate faţă de bolnav. Autoritatea medicului, construită pe specificul profesiunii dar şi pe prestigiul său profesional, de ordin tehnic şi

relațional, constituie un element cheie în procesul vindecării bolnavului (Iamandescu, 1995). Un exces de autoritate blochează procesul comunicării nu numai în plan emoțional, ci și în plan intelectual, iar o lipsă de autoritate din partea medicului compromite șansa unor investigații și a unei terapii riguroase, bolnavul manifestând o puternică anxietate în momentele de impas pe care, paradoxal, este lăsat să le înfrunte singur (idem).

METODOLOGIE

OBIECTIVE ȘI IPOTEZE

Obiectivele cercetării:

1. identificarea factorilor care facilitează/stimulează comunicarea terapeut (medic, asistente medicale, psiholog, infirmiere etc.) – pacient cu afecțiuni oncologice depresiv;

2. relevarea factorilor care inhibă/diminuează comunicarea terapeut-pacient cu afecțiuni oncologice depresiv;

3. evidențierea comportamentelor și atitudinilor deontologice/nedeontologice ale terapeuților care influențează comunicarea cu pacienții cu afecțiuni oncologice depresivi.

Ipoteza pe care își propune să o verifice lucrarea de față are la bază atât informațiile (cunoștințe, teorii, modele explicative) existente în literatura generală și de specialitate, observațiile preliminare, cât și experiența personală în practica medicală a autoarelor. Aceasta a fost astfel formulată: *„Comunicarea terapeut-pacient poate fi facilitată sau inhibată de factori care țin de personalitatea terapeutului, a pacientului sau de contextul bolii pacientului"*.

METODE, PROCEDEE ȘI TEHNICI UTILIZATE ÎN CERCETARE

În realizarea prezentei cercetări am folosit *observația sistematică*, *interviul cu pacienții* și *procedeul de selectare de cuvinte*, toate însoțite de înregistrări pe reportofon.

1. *Chestionarul pentru terapeuți* a cuprins 20 de întrebări dintre care trei întrebări cu răspunsuri la alegere, la care terapeuții trebuiau să aleagă între mai multe variante date de răspuns și 17 întrebări deschise, la care terapeuții trebuiau să răspundă liber, în conformitate cu ceea ce cred ei referitor la: comunicarea diagnosticului de cancer, influența diagnosticului de cancer asupra pacienților și asupra relației cu terapeutul, factorii care facilitează comunicarea cu pacienții oncologici depresivi și cu familiile acestora, factorii care inhibă comunicarea cu pacienții oncologici depresivi și cu familiile acestora etc.

2. *Interviul cu pacienții.* Interviurile pe care le-am efectuat au fost alcătuite din 31 de întrebări puse direct, iar răspunsurile obținute au fost înregistrate cu ajutorul reportofonului. În prealabil, s-a cerut acordul pacienților în ceea ce privește înregistrarea lor pe bandă magnetică. Întrebările au vizat aspecte legate de:

motivele internării, evoluția bolii și cunoașterea diagnosticului, comunicarea cu medicii, cu asistentele medicale și cu colegii de salon, sentimentele și atitudinile pacienților față de boală, modul cum se raportează la ea și la schimbările pe care le-a adus boala în existența lor, opiniile pacienților referitoare la tratamente alternative încercate de pacient.

3. *Procedeul de selectare de cuvinte.* În cadrul cercetării am folosit un procedeu de selectare de cuvinte, pe care l-am aplicat atât pacienților, cât și terapeuților. Potrivit acestui procedeu, subiecții au fost rugați să aleagă (selecteze) dintr-o listă de cuvinte pe cele care se potrivesc, din punctul lor de vedere, cu anumite criterii. În privința răspunsurilor cerute pacienților, criteriile s-au referit la: caracterizarea bolii prin anumite cuvinte, relația pe care o stabilesc cu medicii, cu asistentele medicale, cu colegii de salon și cu alți pacienți. În ceea ce-i privește pe terapeuți, criteriul s-a referit la relația pe care o stabilesc cu pacienții oncologici depresivi.

DATE DESPRE SUBIECȚI

Cercetarea a fost efectuată pe un număr de *355 de subiecți*, pacienți oncologici depresivi, cu niveluri de studii diferite (analfabeți, studii medii, studii superioare), bărbați și femei, cu vârste cuprinse între 30 și 60 de ani, din mediul rural și urban, provenind din toate categoriile sociale. Pacienții aleși pentru studii au avut forme diferite de cancer, în stadiile III și IV de evoluție a bolii.

De asemenea, am investigat și un număr de *125 de terapeuți* (medici primari și specialiști oncologi, medici rezidenți în oncologie, asistente medicale, asistenți sociali, psihologi), care lucrează direct cu pacienții și cărora le-am aplicat chestionare.

Cercetarea s-a desfășurat în cadrul Institutului Oncologic București, în Spitalul de Bolnavi Cronici și Geriatrie „Sf. Luca" și în cabinetul cu profil oncologic din cadrul Policlinicii sectorului 4 (Spitalul „Sf. Ioan").

REZULTATE

Analizând punctele de vedere ale terapeuților (medici și asistente medicale), referitoare la comunicarea cu pacienții, așa cum au reieșit din chestionarele completate de către terapeuți, am putut identifica dimensiunile care pot favoriza sau defavoriza această comunicare. Astfel, vom prezenta următoarele categorii de factori:

1. Factorii care au un rol catalizator și stimulator al comunicării medic-pacient și anume:

- dorința pacienților de a lupta cu boala;
- răbdarea, toleranța, blândețea, calmul și înțelegerea din partea echipei terapeutice;
- calmul, încrederea, optimismul din partea personalului medical;
- obligativitatea cunoștințelor de psihologie și psihiatrie a personalului medical;
- disponibilitatea pentru comunicare a personalului medical;
- comunicarea adaptată nivelului de înțelegere al pacientului;
- încrederea reciprocă terapeut-pacient;

- îndrumarea şi încurajarea permanentă, optimismul terapeutului;
- nivelul de cultură, structura personală a pacientului;
- acordarea de timp şi atenţie pacientului;
- folosirea unui limbaj adecvat nivelului de înţelegere al pacientului;
- empatia şi respectul faţă de pacient;
- interesul şi compasiunea faţă de pacient şi faţă de problemele acestuia;
- colaborarea cu pacientul;
- sinceritatea din partea terapetului;
- evidenţierea aspectelor pozitive ale tratamentului şi oferirea speranţelor în ceea ce priveşte evoluţia bolii;
- tratamentul depresiei şi anxietăţii şi controlul simptomatologiei terminale;
- familia suportivă a pacientului.

După cum se vede, factorii care stimulează comunicarea medic-pacient ţin de echipa terapeutică, de pacient, dar şi de familia acestuia, toţi aceşti trei factori contribuind, prin eforturile lor conjugate, la ameliorarea bolii şi la îmbunătăţirea stării de sănătate a pacientului.

2. Factorii care alterează/inhibă comunicarea medic-pacient sunt:

- neîncrederea în medic, bazată pe experienţele acumulate de pacient;
- neacordarea atenţiei şi a timpului necesar pacientului;
- absenţa empatiei din partea terapeutului, prin lipsa de înţelegere a stării pacientului;
- structura personală a pacientului, nivelul scăzut de înţelegere din cauza nivelului de cultură scăzut;
- vocabularul medicului, folosirea termenilor medicali;
- factori subiectivi proprii terapeutului (jenă în abordarea unor subiecte mai delicate, milă faţă de pacient);
- comportament nedeontologic din partea terapeutului (ostilitate faţă de pacient, ton ridicat, grabă, indiferenţă faţă de problemele pacientului);
- simptomatologie necontrolată medicamentos, care creează pacientului disconfort fizic şi psihic;
- starea pacientului care poate fi pusă pe seama depresiei (apatie, disperare, agresivitate, indiferenţă, tentative de sinucidere, lipsa de interes a pacientului faţă de propria viaţă), care diminuează comunicarea cu terapeuţii;
- negarea diagnosticului de către pacient;
- graba, nerăbdarea, stresul medicului;
- lipsa de înţelegere din partea familiei sau lipsa familiei;
- familia agresivă.

Aşadar, *factorii* care *reduc/limitează comunicarea medic-pacient* ţin de:

a) *terapeuţi* – prin comportament nedeontologic din partea acestora, folosirea codului de specialitate medical sau controlul insuficient al simptomatologiei, care creează disconfort pacientului;

b) *pacient* – prin negarea diagnosticului sau din cauza prezenţei depresiei, care face dificilă cooperarea cu echipa terapeutică;

c) *familie* – prin neimplicare alături de pacient şi personalul medical. Legat de acest ultim aspect trebuie să subliniem faptul că familia joacă un rol esenţial în

motivarea pacienţilor pentru participarea la tratamentele dificile, tratamente având de cele mai multe ori consecinţe neplăcute pentru aceştia.

Pentru a evalua punctele de vedere ale pacienţilor referitoare la comunicarea cu terapeuţii (medici şi asistente medicale) au fost folosite următoarele metode: interviul şi procedeul de selectare de cuvinte. Vom prezenta în continuare rezultatele obţinute prin aceste metode:

1. În urma interviurilor cu pacienţii au rezultat următorii *factori care inhibă comunicarea cu asistentele medicale*:

- lipsa de timp a asistentelor (79% dintre pacienţi) – din cauza numărului din ce în ce mai mare de pacienţi şi a numărului mic de cadre medicale repartizat pe secţii – aspect subliniat în repetate rânduri şi de către medici la rapoartele de gardă;
- lipsa interesului şi a atenţiei acordate de către asistente pacientului (44% dintre pacienţi);
- agresivitatea comunicării şi limbajului asistentelor (25% dintre pacienţi);
- carenţele educaţionale ale asistentelor (31% dintre pacienţi);
- interesul material al asistentelor (41% dintre pacienţi);
- tratarea preferenţială a unor pacienţi (22% dintre pacienţi).

2. *Procedeul de selectare de cuvinte* a fost o altă metodă care, alături de interviu, a pus în evidenţă opiniile pacienţilor legate de comunicarea cu terapeuţii, medici şi asistente medicale.

Pacienţii au fost rugaţi să aleagă (să selecteze) trei cuvinte pe care le consideră caracteristice pentru relaţia pe care o au cu medicul şi cu asistentele medicale.

Astfel, cuvintele alese de către pacient pentru a defini relaţia cu medicul au fost următoarele: colaborarea cu pacientul (84%), respingerea pacientului (6%), înţelegere faţă de pacient (88%), neîncredere în terapeut (6%), respectul faţă de pacient (86%), interesul material al terapeuţilor (18%), afecţiune faţă de pacient (28%), lipsa prieteniei faţă de pacient (6%), compasiune faţă de pacient (32%), prietenie faţă de pacient (32%), alte cuvinte (încredere în medic, stimă faţă de medic, admiraţie faţă de medic, consideraţie faţă de medic).

Cuvintele alese de către pacient pentru a defini relaţia cu asistentele medicale au deţinut următoarele procente: colaborarea cu pacientul (68%), respingerea pacientului (11%), înţelegere faţă de pacient (72%), neîncredere în terapeut (11%), respectul faţă de pacient (84%), interesul material al terapeuţilor (24%), afecţiune faţă de pacient (40%), lipsa prieteniei faţă de pacient (11%), compasiune faţă de pacient (16%), prietenie faţă de pacient (20%), alte cuvinte (consideraţie faţă de asistentele medicale). Datele au relevat că pacienţii apreciază că relaţia cu medicii se bazează, în marea majoritate pe colaborarea (84%), respectul (100%) şi înţelegerea (88%) medicului faţă de pacient, iar relaţia cu asistentele medicale are la bază respectul (84%), înţelegerea (72%) şi colaborarea asistentelor cu acesta (68%). De remarcat este faptul că unii pacienţi au caracterizat relaţia cu medicul şi prin alte cuvinte cum ar fi: încrederea, stima, admiraţia, consideraţia, iar relaţia cu asistentele medicale prin consideraţia faţă de acestea.

Au existat şi pacienţi (6%) care au definit relaţia cu medicii prin cuvintele: respingere, neîncredere, fără prietenie, interes material din partea medicilor.

Cuvintele respingere (11%), neîncredere (11%), interes material (18%), fără prietenie (11%), au fost alese de unii pacienți pentru a defini relația cu asistentele medicale din cauza comportamentului acestora.

CONCLUZII

1. Din chestionarele aplicate terapeuților au rezultat o serie de factori care influențează comunicarea cu pacienții oncologici depresivi. Pe de o parte, unii factori *limitează/reduc* această *comunicare*; printre aceştia se numără: neîncrederea în medic, neacordarea atenției şi a timpului necesar pacientului, structura pacientului, nivelul de cultură al pacientului, nivelul scăzut de înțelegere din partea pacientului din cauza unui nivel intelectual redus, folosirea termenilor medicali, comportament nedeontologic din partea terapeutului (ostilitate față de pacient, ton ridicat, grabă, nerăbdare, stres, indiferență față de problemele pacientului), simptomatologie necontrolată medicamentos (care creează pacientului disconfort fizic şi psihic), starea pacientului provocată de instalarea depresiei.

De cealaltă parte, răspunsurile la chestionare au evidențiat şi factori care *facilitează* această *comunicare*, şi anume: răbdarea, toleranța, blândețea, calmul din partea terapeutului, folosirea unui limbaj adecvat nivelului de înțelegere al pacientului, acordarea de timp şi atenție pacientului, empatia şi respectul față de pacient, tratamentul depresiei şi anxietății, controlul simptomatologiei terminale etc.

2. Analizând probele aplicate pacienților (interviul cu pacienții şi procedeul de selectare de cuvinte), s-a conturat opinia generală a acestora cu privire la comunicarea cu terapeuții, reflectând două tipuri de atitudini şi comportamente ale terapeuților. Pe de o parte, sunt relevate *comportamente* şi *atitudini* pe care le putem numi *deontologice* ale terapeuților, manifestate prin acordarea de atenție şi timp pacientului, interesul, solicitudinea şi promptitudinea față de problemele lui, iar pe de altă parte sunt evidențiate *comportamente şi atitudini nedeontologice*, neprofesionale, reflectate prin lipsa timpului şi atenției acordate pacientului, agresivitate, interes material, carențe educaționale etc.

BIBLIOGRAFIE

1. ATHANASIU, A., *Elemente de psihologie medicală*, Bucureşti, Editura Medicală, 1998.
2. CARKHUFF, R. R., *The art of helping*, Amherst, Human Resources Development Press, 1987 (the 6th ed.).
3. EGAN, S., *The skilled helper*, Monterey, Brooks & Cole, 1990 (ed. 4).
4. IAMANDESCU, I. B., *Manual de psihologie medicală*, Bucureşti, Editura Infomedica, 1995.
5. OANCEA, C., *Tehnici de sfătuire/consiliere*, Bucureşti, Editura Vavila, 2002.
6. ROGERS, C., *Client – centered therapy*, London, Coustable, 1992.
7. SĂHLEANU, V., OPRESCU I., *Antropologie cultural-lingvistică aplicată. Cercetarea sistemului comunicațional medic-pacient*, în *Lingvistica aplicată în diverse domenii practice*, sub red. T. Slama-Cazacu, Bucureşti, Tipografia Universității Bucureşti, 1977, p. 185-188.
8. SLAMA-CAZACU, T., *Relațiile dintre gândire şi limbaj în ontogeneză*, Bucureşti, Editura Academiei, 1957.
9. SLAMA-CAZACU, T., *Psiholingvistica. O ştiință a comunicării*, Bucureşti, Editura ALL, 1999.

Capitolul 13

SCREENINGUL DEPRESIEI ÎN RÂNDUL VÂRSTNICILOR. STUDIU COMUNITAR

VIOREL ROBU

Din punct de vedere ontogenetic, individul uman traversează o serie de stadii ale maturizării şi dezvoltării: de la mica copilărie la copilăria mijlocie, pubertate, adolescență, tinerețe, vârsta adultă de mijoc şi, în cele din urmă, vârsta adultă târzie (bătrânețea). Fiecare dintre aceste stadii este caracterizat printr-o serie de achiziții în plan biologic, psihologic şi social specifice. Etapă inefabilă a parcursului ontogenetic al individului uman, bătrânețea se caracterizează, înainte de toate, printr-o regresie în toate planurile esențiale ale funcționării (Crețu, 2009; Fontaine, 2008; Papalia şi Olds, 1992): biologic (îmbătrânirea sistemului nervos, schimbările în plan somatic şi motor), psihologic (cognitiv-intelectual, reprezentarea propriului eu), social (interacțiunile din rețeaua personală a unui vârstnic) şi profesional (pensionarea).

La vârstnici, manifestările psihopatologice cunosc un spectru larg. Două dintre cele care apar mai frecvent sunt depresia şi demența de tip Alzheimer. În societatea modernă, depresia constituie una din cele mai des întâlnite tulburări de natură psihiatrică. Mai ales atunci când se manifestă cu o intensitate severă şi persistă mult timp, depresia are efecte, uneori devastatoare, asupra funcționării în plan psihologic, familial, profesional şi social a persoanelor direct afectate, însă trebuie luate în calcul şi efectele asupra persoanelor din rețeaua socială a pacienților (soți, copii, membrii familiei lărgite, colegi de muncă etc.). Din această cauză, costurile economice ale depresiei (care provin din cheltuielile cu asistarea medico-psihosocială a bolnavilor, precum şi din cele cerute de elaborarea şi implementarea programelor de prevenire) reprezintă o provocare pentru sistemele de sănătate publică din diverse țări.

Studiile care s-au preocupat de condițiile care contribuie la asigurarea bătrâneții reuşite şi de expresiile sub care aceasta se manifestă au arătat că trei categorii de factori (reuniți în proporții variabile, în funcție de influențele care se manifestă de-a lungul vieții fiecărei persoane) marchează traseul unui bătrân care poate afirma că se simte satisfăcut de etapa vieții în care se află (Fontaine, 2008): evitarea îmbolnăvirilor fizice (în special a celor care antrenează reducerea sau pierderea autonomiei), menținerea unui nivel ridicat al funcționalității în plan fizic şi cognitiv (adică un stil de viață activ), respectiv menținerea nivelului ridicat al angajamentului social şi al stării de bine subiective (adică a relațiilor sociale generatoare de suport de natură instrumentală, socială sau emoțională şi a

activităților productive). Aceste componente contribuie la percepția pozitivă asupra calității vieții în diferite domenii de funcționare (material, fizic, mental, social sau spiritual), precum și la satisfacția față de viață în rândul vârstnicilor.

Bucuriile bătrâneții, mai numeroase în „stadiul de trecere" (65-70 de ani), sunt legate mai ales de sănătate și de percepția propriei bunăstări, precum și a bunăstării copiilor și a nepoților (Crețu, 2009). Sentimentul de nefericire apare atunci când starea de sănătate se deteriorează, se înmulțesc lipsurile materiale sau atunci când bătrânii experimentează sentimentul de singurătate. Moartea partenerului de viață și a prietenilor accentuează, de cele mai multe ori, stările afective negative (Crețu, 2009; Fontaine, 2008). Neliniștea și frustările sunt dese și durabile, iar în cazul în care nu sunt speranțe de rezolvare a problemelor, crește riscul apariției simtomelor specifice depresiei.

Într-un studiu publicat în 1989, Blazer estima că un procent de 1-2% dintre bătrânii din populația comunitară suferă de depresie majoră, un alt procent de aproximativ 2% manifestă simptome depresive mai puțin severe, în timp ce peste 10% dintre persoanele vârstnice prezintă anumite simptome de depresie (cf. Papalia și Olds, 1992). După alte evaluări, în jur de 15% dintre persoanele cu vârste de peste 65 de ani manifestă simptomele specifice depresiei (cf. Fontaine, 2008). Pe de altă parte, datele de factură epidemiologică sugerează că de două ori mai multe femei cad victime ale depresiei, comparativ cu rata înregistrată pentru bărbați: prevalența simptomelor în rândul femeilor este cuprinsă între 12 și 20%, în timp ce pentru bărbați este situată între 6 și 10% (cf. Fontaine, 2008). Conform DSM IV (2003), în populația comunitară, tulburarea depresivă majoră prezintă un risc pe toată durata vieții cu valori cuprinse între 10 și 25% pentru femei, respectiv între 5 și 12% pentru bărbați. Având în vedere tendința de creștere a numărului de vârstnici, constatată în ultimii ani, rezultă că depresia pentru această grupă de vârstă poate deveni o problemă socială.

SIMPTOME ALE ȘI VARIABILE ASOCIATE DEPRESIEI CLINICE ÎN RÂNDUL VÂRSTNICILOR

În toate cazurile de depresie clinică (de natură psihiatrică sau asociată sindroamelor somato-neuro-vegetative), persoanele afectate manifestă schimbări caracteristice în plan cognitiv, emoțional și comportamental (Fontaine, 2008). Apatia, demotivarea și sensibilitatea emoțională a persoanelor în raport cu evenimentele negative din propria lor viață creează condițiile pentru recidivarea și intensificarea simptomatologiei depresive. Alte simptome ale depresiei includ (DSM IV, 2003; Papalia și Olds, 1992): pierderea în greutate, senzația de oboseală, incapacitatea de concentrare, tulburări mnezice, inhibiția în plan cognitiv și emoțional, pesimismul față de perspectiva viitorului, negativismul în raport cu propunerile care le sunt făcute, absența interesului pentru anumite activități (individuale sau de grup – de exemplu, interacțiunile sociale), sentimentul de lipsă a valorii personale, sentimentul de inutilitate și marginalizare, precum și sentimentul de culpabilitate, deteriorarea percepției cu privire la sensul propriei vieți.

Există dovezi empirice consistente, potrivit cărora nivelul simptomelor depresive se asociază cu sentimentul de singurătate, chiar și atunci când este controlat efectul din partea unor variabile, precum vârsta, genul, nivelul studiilor, venitul, statutul marital sau nivelul stresului perceput (Cacioppo *și al.*, 2006). Modele bazate pe analiza longitudinală a variabilelor latente sugerează influențe reciproce între sentimentul de singurătate și simptomatologia depresivă (Cacioppo *și al.*, 2006). Pe de altă parte, sentimentul de singurătate și simptomele depresive tind să acționeze sinergic, contribuind la diminuarea sentimentului legat de starea de bine în rândul adulților cu vârste mijloc, respectiv al bătrânilor.

O parte dintre persoanele depresive ajung la idei suicidare pe care, uneori, le pun în practică (Papalia și Olds, 1992). Conform DSM IV (2003), până la 15% dintre persoanele diagnosticate cu tulburare depresivă majoră severă mor în urma unei tentative suicidare. De asemenea, datele epidemiologice sugerează creșterea de patru ori a prevalenței mortalității prin gesturi suicidare în rândul persoanelor de peste 55 de ani, care sunt diagnosticate cu tulburare depresivă majoră.

PREZENTUL STUDIU

SCOP

Pentru a identifica bătrânii aflați în situația de risc crescut pentru experimentarea depresiei, precum și pe cei care suferă deja de pe urma acestei tulburări și a putea interveni eficient (în sens curativ și preventiv), sunt necesare studii epidemiologice locale, regionale și, mai ales, naționale. În această lucrare, prezentăm datele obținute prin screeningul simptomelor de depresie într-un lot de 263 de persoane rezidente în județul Iași, dintre care 53 de vârstnici. Instrumentul utilizat pentru screening a fost Beck Depression Inventory – Fast Screen for Medical Patients (Beck, Steer și Brown, 2000).

MODALITATEA DE RECRUTARE A SUBIECȚILOR ȘI CARACTERISTICILE SOCIO-DEMOGRAFICE

Persoanele ale căror protocoale cu răspunsuri au fost incluse în prelucrări au provenit din rândul rezidenților din localitățile din jurul municipiului Iași, ca și din oraș care au fost consultați medical în regim ambulator. În momentul consultului, pacienții nu au prezentat antecedente psihiatrice (de exemplu: nu fuseseră internați pentru episoade psihotice sau pentru tulburări de personalitate), însă unii dintre ei prezentau istoric de tulburări depresive (de exemplu: episod depresiv major). Toți pacienții fuseseră referiți pentru un consult psihiatric în ambulator, în cadrul investigațiilor pentru suspiciuni somato-vegetative. O parte dintre pacienți fuseseră spitalizați în clinica de specialitate a Spitalului Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon" din Iași, pentru diverse tulburări endocrinologice.

Protocoalele cu răspunsurile pacienților au provenit din filiera consultațiilor acordate în perioada ianuarie 2006–ianuarie 2009 de către medicii psihiatri și psihologii clinicieni care activau în cadrul Ambulatorului de Specialitate de pe lângă Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon" din Iași. În cadrul consultațiilor, aceștia au administrat BDI-FSMP, ca parte a unui studiu care a vizat evaluarea din punct de vedere psihometric și clinic a instrumentului (precizăm că proiectul a fost coordonat de către dr. Octavian Driga).

Limita de vârstă pentru diferențierea pacienților vârstnici a fost stabilită în funcție de reperele oferite în literatura de specialitate românească, privitoare la stadializarea ontogenetică. Șchiopu și Verza (1997) împart cel de-al treilea ciclu al vieții în trei stadii: stadiul de trecere (între 65 și 70 de ani), prima bătrânețe (între 70 și 80 de ani), a doua bătrânețe (între 80 și 90 de ani), respectiv marea bătrânețe (peste 90 de ani). Alți psihologii americani disting doar două stadii (cf. Crețu, 2009): *young old* (între 65 și 75 de ani) – perioada vârstnică, respectiv *old-old* (peste 75 de ani) – bătrânețea propriu-zisă, înaintată. Ținând cont de aceste repere, am considerat vârsta de 65 de ani ca limită pentru delimitarea pacienților vârstnici de restul pacienților.

Baza de date finală a inclus 263 de protocoale cu răspunsurile oferite la BDI-FSMP de către pacienți. Din numărul inițial de 290 de protocoale, 27 au fost eliminate, datorită absenței unor date socio-demografice referitoare la: vârstă, rezidență, statut civil, nivel educațional sau statut ocupațional. Au predominat pacienții de sex feminin (N = 232). Vârstele pacienților au fost cuprinse între 14 și 83 de ani (M = 49,7 ani; AS = 15,6 ani). Pacienții au fost distribuiți pe cinci grupe de vârstă, după cum urmează: 14-20 de ani (N = 9), 21-30 de ani (N = 23), 31-50 de ani (N = 102), 51-64 de ani (N = 76), respectiv 65-83 de ani (N = 53). Au predominat pacienții căsătoriți (57,4%), urmați de pacienții văduvi (17,2%), respectiv de cei necăsătoriți (16,3%) – ultimii proveneau mai ales din rândul pacienților mai tineri, cu vârste cuprinse între 18 și 30 de ani. Distribuția pacienților în funcție de nivelul educațional s-a prezentat, după cum urmează: 6,4% – studii superioare, 4,2% – școală sanitară sau tehnică, școală postliceală sau colegiu, 29,6% – între 9 și 12 clase de liceu teoretic sau vocațional, 28,5% – între 8 și 10 clase (8 clase – școală profesională sau complementară/ calificare la locul de muncă), 15,6% – între 5 și 8 clase, 8,3% – cel mult 4 clase, 0,7% – fără studii, 6,4% – studii neprecizate. Statutul ocupațional s-a distribuit astfel: 3,4% – cadre didactice, 0,3% – ingineri, 1,5% – economiști, administratori, 2,6% – funcționari publici, 3,0% – laboranți, tehnicieni, asistenți, 1,9% – agenți comerciali, vânzători, 9,8% – muncitori calificați, 8,0% – muncitori necalificați, 0,7% – alte ocupații, 8,7% – șomeri, fără ocupație, 4,5% – studenți și elevi, 9,8% – casnici, 23,5% – pensionari de drept, 13,6% – pensionari pe caz de boală (handicap), 7,9% – statut ocupațional neprecizat.

INSTRUMENTUL UTILIZAT PENTRU SCREENING

Există numeroase scale sau inventare care permit screeningul prezenței și severității simtomelor de depresie în rândul adolescenților, adulților sau al vârstnicilor. Dintre acestea, enumerăm: Hamilton Depression Rating Scale, Montgomery Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory, Zung Self-Rating Depression Scale, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Geriatric Depression Scale etc.

În anul 1961, A. T. Beck, împreună cu C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock și J. Erbaugh publicau prima ediție a Inventarului de Depresie Beck, revizuită ulterior în 1979 (A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw și G. Emery), respectiv în 1987 (A. T. Beck și R. A. Steer). Inventarul propus de Beck și colaboratorii săi avea să devină unul dintre cele mai utilizate instrumente pentru evaluarea severității simptomelor de depresie la pacienții suspectați de tulburări psihice, respectiv pentru detectarea depresiei în populația generală. Varianta revizuită și publicată în anul 1987 (BDI-IA) cuprindea un număr de 21 de itemi (dintre care 8 se refereau la simptome somatice și la performanța în sarcinile cotidiene și profesionale, iar restul operaționalizau o dimensiune cognitiv-afectivă). Cercetările au sugerat că itemii referitori la simptomele somatice și la cele legate de performanțele în sarcinile cotidiene și profesionale ridicau o serie de probleme în raport cu capacitatea instrumentului de a estima precis nivelul depresiei la pacienții cu tulburări somato-vegetative (de exemplu: diabet, cancer, hipertiroidism, tuberculoză etc.) sau la cei cu probleme legate de abuzul de substanțe. Din acest motiv, în anul 1996, A. T. Beck, R. A. Steer și G. K. Brown au publicat o nouă versiune revizuită a inventarului (BDI-II) care includea 14 itemi referitori la dimensiunea psihologică a depresiei și utili pentru evaluarea aspectelor legate de funcționarea în plan cognitiv și afectiv a pacienților cu probleme somato-neuro-vegetative sau cu probleme generate de abuzul de substanțe.

Beck Depression Inventory – Fast Screen for Medical Patients/BDI-FSMP a fost derivat din BDI-II, pe baza (Beck, Steer și Brown, 2000): a) selecției itemilor referitori la tristețe și la pierderea plăcerii în funcție de criteriile de diagnostic pentru tulburarea depresivă majoră listate în DSM IV; b) datelor oferite de analize factoriale întreprinse de autori (pentru itemii referitori la pesimism, sentimentul de eșec în trecut, autodiscreditare, respectiv autocritică). În conținutul inventarului BDI-FSMP, autorii au inclus și un item referitor la ideile și dorințele suicidare, luând în calcul faptul că ideația suicidară reprezintă un indicator clinic important pentru riscul suicidar care, adesea, se asociază cu simptomele de depresie.

Inventarul BDI-FSMP include 7 itemi (care se prezintă sub forma unor grupuri de câte patru enunțuri, gradate în funcție de intensitatea simptomelor, și anume de la 0 – absența simptomului până la 3 – prezența semnificativă a simptomului). În general, pentru a răspunde la itemi, o persoană are nevoie de maximum 5 minute. Pentru fiecare item, respondentul este rugat să citească cu atenție grupul de enunțuri, apoi să indice enunțul care descrie cel mai bine modul în care s-a simțit în ultimele două săptămâni, incluzând și ziua în care este solicitat să răspundă la inventar. Dacă mai multe enunțuri dintr-un grup i se par valabile pentru descrierea propriei situații, respondentul este rugat să-l aleagă pe cel în dreptul căruia este trecută cea mai mare cifră. Scorul fiecărui item este reprezentat de cifra din dreptul enunțului ales de respondent. Indicând severitatea simptomelor

cognitive şi afective de depresie, scorul total se obţine prin însumarea scorurilor la cei şapte itemi. Acesta poate varia între 0 şi 21.

BDI-FSMP nu permite diagnosticarea tabloului simptomatologic complex al depresiei (adesea, expresie a asocierii simptomelor de depresie cu alte tulburări psihice), ci doar clasificarea simtomelor cognitiv-afective experimentate de către o persoană, în funcţie de severitatea acestora. Deşi scorul la BDI-FSMP permite o estimare a severităţii depresiei, din punct de vedere clinic, este important ca practicianul să acorde o atenţie specială răspunsurilor pe care o persoană le dă la fiecare item în parte. De exemplu, un scor egal cu 2 sau cu 3 la al doilea item (pesimism) şi al şaptelea item (idei şi dorinţe suicidare) implică o atenţie sporită cu privire la o potenţială tentativă suicidară din partea persoanei evaluate.

Pentru întreg lotul comunitar de pacienţi cu afecţiuni somato-vegetative pe care i-am investigat, valoarea consistenţei interne a inventarului BDI-FSMP (coeficientul α) a fost egală cu 0,84, indicând o fidelitate bună. Pentru subloturile de pacienţi diferenţiate după variabila *gen*, valorile consistenţei interne au fost 0,80 (bărbaţi), respectiv 0,85 (femei). Cercetătorii sau practicienii care sunt interesaţi de alte proprietăţi psihometrice ale versiunii în limba română a inventarului BDI-FSMP, pot găsi date raportate în Driga *şi al.* (2006, 2007).

REZULTATE

Pentru întregul lot comunitar de pacienţi, media scorurilor la BDI-FSMP a fost egală cu 9,65 (AS = 5,23), situându-se puţin sub mediana teoretică (egală cu 10.5) a scalei de variaţie posibilă a scorurilor. Scorurile pacienţilor au fost cuprinse între 0 (două cazuri) şi 21 (un caz). Media scorurilor obţinute de către pacienţii de sex masculin (M = 11,38; AS = 4,77) a fost semnificativ mai ridicată (t = 1,97; p < 0,05) decât media înregistrată pentru pacienţii de sex feminin (M = 9,41; AS = 5,26), deşi mărimea efectului pentru această diferenţă a fost moderată spre scăzută – d_{Cohen} = 0,38 (vezi Cohen, 1992).

Tabelul nr. 1 prezintă distribuţia nivelului depresiei în lotul comunitar investigat. Aceasta a fost stabilită prin raportarea scorurilor brute la reperele normative stabilite pentru versiunea în limba română a inventarului BDI-FSMP (Driga şi colab., date nepublicate). Lotul normativ a inclus 179 de pacienţi, cu vârste cuprinse între 17 şi 83 de ani, care prezentau diverse probleme somato-vegetative (diabet zaharat de tip I şi II, dependenţă de alcool, probleme cardiace moderate sau severe, menopauză, tuberculoză în tratament ş.a.) şi care au fost referiţi pentru consult psihiatric în cadrul Ambulatoriului de Specialitate de pe lângă Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă „Sf. Spiridon" din Iaşi. Dintre aceştia, 147 au fost femei şi 32 bărbaţi. Reperele normative pe care autorii le-au stabilit sunt: 0-7/depresie uşoară, 8-10/depresie moderată, 11-15/depresie moderată spre severă, 16-19/depresie severă şi 20-21/depresie foarte severă. În prezentul studiu, ultimele două clase au fost condensate în 16-21/depresie severă sau foarte severă.

Tabelul nr. 1

Distribuţia nivelurilor depresiei în lotul comunitar de pacienţi

Nivel depresie	Total cazuri
Simptome absente/depresie uşoară	99 (37,6%)
Depresie moderată	45 (17,1%)
Depresie moderată spre severă	77 (29,3%)
Depresie severă sau foarte severă	42 (16,0%)

La nivelul întregului lot comunitar de pacienţi, frecvenţa cazurilor din categoria *depresie severă sau foarte severă* a fost egală cu 16% (42 dintre cele 263 de cazuri). Împreună cu cele care s-au încadrat în categoria *depresie moderată spre severă*, aceste cazuri au totalizat 119 cazuri (adică 45,3% din totalul protocoalelor analizate).

Tabelul nr. 2 prezintă distribuţia nivelului depresiei în funcţie de cele cinci grupe de vârstă, în care au fost încadraţi pacienţii. Se poate constata că frecvenţa depresiei de intensitate severă sau foarte severă înregistrată în rândul vârstnicilor (15,1% sau 8 cazuri dintre cele 53 de protocoale aparţinând pacienţilor cu vârste mai mari decât 65 de ani) nu a prezentat diferenţe semnificative faţă de frecvenţa depresiei în celelalte grupe de vârstă: 14,5% – pentru pacienţii cu vârste cuprinse între 51 şi 64 de ani (z = 0,99; p > 0,05), 17,6% – pentru pacienţii din grupa de vârstă 31-20 de ani (z = -0,40; p > 0,05), 17,4% – pentru pacienţii cu vârste cuprinse între 21 şi 30 de ani (z = -0,24; p > 0,05), respectiv 11.1% – pentru pacienţii cu vârste cuprinse între 14 şi 20 de ani (z = 0,34; p > 0,05). Totuşi, pentru sublotul de vârstnici, este de remarcat că procentul de cazuri cu depresie severă sau foarte severă este comparabil cu datele de factură epidemiologică trecute în revistă de Fontaine (2008), potrivit cărora în jur de 15% dintre persoanele cu vârste de peste 65 de ani manifestă simptomele specifice depresiei.

Tabelul nr. 2

Distribuţia nivelului depresiei în funcţie de grupele de vârstă ale pacienţilor

Nivel depresie	Grupe de vârstă pacienţi					Total cazuri
	14-20 ani	21-30 ani	31-50 ani	51-64 ani	65-83 ani	
Simptome absente/ depresie uşoară	7 (77,8%)	10 (43,5%)	40 (39,2%)	23 (30,3%)	19 (35,8%)	99
Depresie moderată	-	3 (13,0%)	17 (16,7%)	16 (21,1%)	9 (17,0%)	45
Depresie moderată spre severă	1 (11,1%)	6 (26,1%)	27 (26,5%)	26 (34,2%)	17 (32,1%)	77
Depresie severă sau foarte severă	1 (11,1%)	4 (17,4%)	18 (17,6%)	11 (14,5%)	8 (15,1%)	42
Total cazuri	9	23	102	76	53	263

χ^2 = 10,35; p > 0,05

CONCLUZII

În România, vârstnicii reprezintă o categorie socio-demografică care se confruntă cu numeroase dificultăţi, precum: lipsuri materiale, morbiditate variată,

atitudini discriminatorii din partea celorlalți, precum și o infractură de servicii asistențiale destul de precară și nesusținută de politici sociale coerente.

Chiar dacă merită cu prisosință acest lucru (nu numai în virtutea drepturilor individului uman, dar și pentru faptul că a muncit o viață, în alte condiții decât o facem noi astăzi), un bătrân din România nu se bucură de cea de-a treia decadă a vieții așa cum, probabil, o fac mulți bătrâni din țările occidentale sau din SUA. Iată ce declara deputatul Petru Tărniceru, într-o intervenție în ședința Camerei Deputaților a Parlamentului României, din 17 mai 2005: *„Bătrânii din România, cărora li se spune acum pensionari, au învățat în anii post-revoluționari să trăiască în sărăcie. Din șase milioane de pensionari, numai o treime au venituri care să le permită un trai apropiat de calificativul «decent» și numai câteva sute de mii își pot duce zilele în prosperitate. [...] Într-o țară cu frumusețI și bogății dăruite de Dumnezeu, dar administrate haotic, într-o țară cu potențial economic, dar devastată de corupție și mereu așezată la «coada» Europei, nu este de mirare că bătrânii au devenit o povară, atâta vreme cât șase milioane de pensionari sunt susținuți de patru milioane de salariați"* (citat preluat de pe www.cdep.ro). Ceea ce declara deputatul Petru Tărniceru este o realitate pe care trebuie să ne-o asumăm.

Adesea, simptomele depresive pe care le experimentează un bătrân sunt rezultatul unui concurs de factori endogeni și exogeni (condiții materiale, boli acute sau cronice, pierderi ale unor persoane semnificative, anumite trăsături de personalitate, rețeaua de suport social, alte influențe externe etc.). De cele mai multe ori, tulburările din spectrul depresiei, tulburările anxioase sau cele somatoforme sunt asociate cu tulburări de ordin somatic, existând diferențe în ceea ce privește prevalența acestor tulburări în populația generală față de vârstnicii instituționalizați, în vederea rezolvării unor probleme sociale sau față de cei spitalizați, în vederea ameliorării unor probleme medicale (Iamandescu și Frunză, 2008).

Creșterea alarmantă a numărului de cazuri de vârstnici care prezintă diverse tulburări din spectrul celor depresive impune screeninguri periodice și diagnosticarea promptă a noilor cazuri suspecte, care va permite inițierea tratamentului adecvat, monitorizarea progresului și evaluarea prognosticului (Ladea, 2000). Pentru realizarea acestor obiective indispensabile asistării persoanelor în vârstă care prezintă tulburări depresive, utilizarea scalelor de evaluare (în cadrul unui demers diagnostic intregrativ) reprezintă o direcție a cărei utilitate este probată de practica clinică.

De multe ori, depresia vârstnicilor din România ascunde nu numai declinul specific senectuții, ci și travaliul unei adevărate încrâncenări, în lupta cu viața de zi cu zi plină de numeroase dificultăți. Chiar dacă rezultatele screeningului pe care l-am realizat nu i-au plasat pe vârstnici în zona prevalenței alarmante a depresiei și nici nu au permis concluzia cu privire la existența unui risc mai ridicat pentru această grupă, în raport cu celelalte grupe de vârstă care au fost incluse în lotul comunitar de pacienți, depresia în rândul vârstnicilor este o problemă serioasă, motiv pentru care trebuie să i se acorde toate atenția cuvenită din partea specialiștilor în asistența medico-psihosocială.

BIBLIOGRAFIE

1. AMERCIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale. DSM-IV-TR ™* (Traducere românească după *DSM-IV Fourth Edition Text Revision*), București, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, 2003.
2. BECK, A. T., STEER, R. A., & BROWN, G. K., *BDI – Fast Screen for Medical Patients. Manual*, Oxford, The Psychological Corporation, 2000.
3. CACIOPPO, J. T., HUGHES, M. E., WAITE, L. J., HAWKLEY, L. C. & THISTED, R. A., *Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses*, Psychology and Aging, **21**, *1*, 2006, p. 140-151.
4. COHEN, J., *A power primer*, Psychological Bulletin, **112**, *1*, 1992, p. 155-159.
5. CREȚU, T., *Psihologia vârstelor*, Iași, Editura Polirom, 2009.
6. DRIGA, O., POSTELNICU, C., SOROCIANU, E., ROBU, V., VARTOLOMEI, C., DRIGA, A., *Utilitatea instrumentului BDI-Fast Screen for Medical Patients în urmărirea operativă a efectului antidepresivelor*, Revista medico-chirurgicală, **110**, *supl. 1*, 2006, p. 34-43.
7. DRIGA, O., ROBU, V., DRIGA, A., POSTELNICU, C., *Experimentarea inventarului BDI-Fast Screen for Medical Patients la pacienți consultați în regim ambulator*, Revista medico-chirurgicală, **111**, *supl. 2*, 2007, p. 156-159.
8. FONTAINE, R., *Psihologia îmbătrânirii* (trad.), Iași, Editura Polirom, 2008.
9. IAMANDESCU, I. B., FRUNZĂ, A., *Particularități de ordin psihosocial implicate în asistența medicală a bolnavilor vârstnici*, Revista medicală română, **55**, *3*, 2008, p. 171-178.
10. LADEA, M., *Importanța diagnosticării depresiei la vârstnici. Rolul scalelor de evaluare*, Revista română de psihiatrie, *2-3*, 2000.
11. PAPALIA, D. E., & OLDS, S. W., *Human Development* (5th ed.), New York, McGraw-Hill, Inc., 1992.
12. ȘCHIOPU, U., VERZA, E., *Psihologia vârstelor. Ciclurile vieții* (ed. a III-a revizuită), București, Editura Didactică și Pedagogică, 1997.

Capitolul 14

TULBURAREA DEPRESIVĂ LA COPII ŞI ADOLESCENŢI

CAMELIA POPA

Depresia majoră a copiilor şi a adolescenţilor este o tulburare complexă, investigată intensiv în studiile de gen. Coborârea vârstei de debut a tulburării depresive şi riscul de suicid asociat depresiei reprezintă preocupări importante ale psihologilor, psihiatrilor şi asistenţilor sociali din întreaga lume, după cum am arătat în capitolul introductiv al acestei cărţi.

Cercetătorii şi practicienii sunt interesaţi, pe de o parte, de predictorii depresiei, de trăsăturile psihologice care cresc vulnerabilitatea la depresie şi de factorii de reziliență (suportul familial, integrarea şcolară), iar pe de altă parte – de metodele de diagnoză a depresiei şi de prevenirea suicidului, prin depistarea precoce a simptomelor depresive (screening al populaţiilor de minori).

Numeroase studii se concentrează pe identificarea predictorilor depresiei majore la copii şi adolescenţi. Cunoscând toţi aceşti predictori, clinicienii pot implementa strategii eficiente de prevenţie a depresiei în rândul tinerilor. Rezumăm, în continuare, cei mai importanţi predictori descrişi în literatura specifică domeniului:

- Abuzul emoţional exercitat asupra copilului, maltratarea sexuală a acestuia şi evenimentele de viaţă negativă sunt predictori comuni ai depresiei şi ai tulburării de personalitate borderline (Igarashi *et al.*, 2010);
- Comorbidităţile psihiatrice (anxietate, comportament suicidar, intoxicaţii cu alcool) pot prezice depresia majoră la adolescenţi, în timp ce relaţiile familiale disfuncţionale corelează cu distimia. Pierderile majore precum moartea părinţilor stabilesc corelaţii pozitive atât cu depresia majoră, cât şi cu distimia (Flament *et al.*, 2001);
- Copiii şi adolescenţii deprimaţi se remarcă prin numeroase vulnerabilităţi cognitive, constând în deviaţii de prelucrare a informaţiei, deficienţe autoperceptive şi în ceea ce priveşte stilul atribuţional, manifestate prin atitudini disfuncţionale (Jacobs *et al.*, 2008);
- În categoria factorilor specifici de risc pentru depresia majoră a adolescentului pot fi incluse şi alte variabile: stresul generat de evenimente majore şi minore, dependenţa emoţională, simptomele de boală organică, tentativele anterioare de suicid, consumul de tutun, dificultăţile şcolare, abilităţile deficitare de coping, conflictele interpersonale cu părinţii, insatisfacţia legată de notele de la şcoală (Lewinsohn *et al.*, 1995);
- Predictorilor menţionaţi anterior li se adaugă problemele de sănătate neonatale, recăsătorirea unui părinte, stima de sine redusă, moartea unui părinte sau a ambilor părinţi (Reinherz *et al.*, 1993); lipsa relaţiei materne, disfuncţii în familie, puţini prieteni şi evenimentele dezamăgitoare din viaţă (Goodyer *et al.*, 1997);
- Deficitul de atitudini sociale reprezintă un factor de vulnerabilitate în cazul copiilor care dezvoltă depresie. La rândul ei, depresia poate afecta negativ formarea abilităţilor sociale. Drept urmare, tratamentul depresiei pediatrice ar trebui să pună accent pe formarea abilităţilor sociale (Segrin, 2000);
- ADHD, fobiile specifice trăite de copil şi tulburarea de anxietate socială cu debut în adolescenţă pot prezice tulburările depresive majore ulterioare, cu debut timpuriu (Chavira *et al.*, 2004);
- Fobia socială corelează cu depresia din adolescenţă (Väänänen *et al.*, 2011). Tulburările depresive cu debut precoce pot avea consecinţe grave de dezvoltare şi funcţionale, dovedite prin studii neuroimagistice (Miller, 2007).
- Copiii cu părinţi divorţaţi sau separaţi riscă să dezvolte o depresie, dată fiind suferinţa psihologică marcantă pe care o trăiesc şi stresul la care sunt supuşi, atunci când adoptă comportamente de sacrificiu de dragul părinţilor, când îşi asumă rolul de partener-substitut pentru celălalt părinte sau când negociază cu fraţii „împărţirea" părinţilor (Klosinski, 1993). Pe de altă parte, există şi cercetări care demonstrează că majorarea ratei sinuciderilor în rândul tinerilor, înregistrată în ultimele 3 decenii, nu poate fi atribuită creşterii ratelor de divorţ. O analiză a asocierii celor două variabile ar trebui să ţină seama de: vârsta tinerilor la separarea părinţilor, recăsătorirea părinţilor, contactele cu mama, relaţiile părinte-copil şi, nu în ultimul rând, de psihopatologia parentală (Gould *et al.*, 1998);
- Adversitatea familială şi ataşamentul nesigur al copilului, ca şi prezenţa tulburării depresive la mamă s-au dovedit predictori valizi ai depresiei adolescentine, considerându-se că astfel de factori determină o vulnerabilitate psihologică mai mare a copiilor, încă din primii ani de viaţă (Murray *et al.*, 2011).
- Totodată, depresia postpartum netratată este responsabilă nu doar pentru creşterea riscului de suicid matern, ci şi pentru diminuarea competenţelor parentale, cu efecte negative asupra copiilor (Miller *et al.*, 2011), care pot dezvolta o tulburare depresivă.

INTERVENŢIE ŞI PREVENŢIE

O altă categorie de studii în domeniul analizat se apleacă asupra eficacităţii tratamentului pe termen scurt al depresiei copiilor şi adolescenţilor, asociat cu terapia cognitiv-comportamentală, evidenţiind în acelaşi timp şi unele dificultăţi în diagnoza acestei tulburări la vârstele mici. Printre diagnosticele concurente se numără tulburarea de anxietate generalizată, tulburările de atenţie, opoziţionismul

provocator, fobia socială şi distimia (Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke Clinical Research Institute, 2003).

Eliminarea diagnosticelor concurente şi depistarea depresiei cât mai aproape de vârsta de debut a acesteia, în scopul instituirii unor tratamente eficiente, ar putea împiedica o cronicizare a depresiei şi chiar ar putea stopa un eventual parcurs cronic de boală mintală. De pildă, în cazul tulburării depresive majore a copiilor, debutul precoce al depresiei poate fi depistat şi studiat în corelaţie cu modificările somnului (Rao, 2011). Comportamentul suicidar la copiii mici este puţin frecvent, în timp ce la adolescenţi intervin o serie de factori de vârstă specifici, care pot determina creşterea ratei de suicid (Shaffer, Fisher, 1981).

Prevenţia s-ar putea realiza, la rândul ei, pe două paliere, şi anume prevenirea debutului depresiei şi prevenirea secundară, realizată după instalarea tulburărilor depresive (având în vedere că simptomele apărute în copilărie pot fi predictori ai unor tulburări depresive ulterioare – Keenan *et al.*, 2008).

În ceea ce priveşte modalităţile concrete de intervenţie, specialiştii pledează în favoarea terapiilor centrate pe familie, dată fiind existenţa unor dovezi puternice referitoare la rolul jucat de factorii familiali în dezvoltarea, întreţinerea şi cursul depresiei tinerilor (Restifo, Bögels, 2009). Unii autori consideră că prevenţia depresiei ar trebui să-i vizeze în primul rând pe copiii persoanelor cu tulburări depresive, precum şi pe cei asupra cărora se exercită influenţe sociale adverse (Beardslee, Gladstone, 2001). În domeniul psihanalizei, un model psihodinamic contemporan al depresiei ar trebui să se raporteze la experienţele timpurii ale traumei, care-l fac pe copil să aibă reprezentări problematice ale Sinelui şi ale obiectelor, subliniază Gabbard (2005).

Alţi cercetători susţin importanţa dezvoltării unor instrumente valide de screening pentru depistarea precoce a depresiei la copii şi adolescenţi, proiectate pe baza unor criterii diagnostice şi statistice riguroase. Un astfel de test de screening a fost aplicat pe 662 de elevi de liceu, în asociere cu interviuri psihiatrice structurate (Cung *et al.*, 2011). Prin analiză de regresie multiplă, s-au extras patru elemente definitorii ale tulburării depresive pentru această categorie de vârstă, respectiv „insomnie sau hipersomnie", „gânduri recurente de moarte sau ideaţie suicidară recurentă", „sentimente de inutilitate, vinovăţie excesivă sau necorespunzătoare", şi „agitaţie sau, după caz, lentoare psihomotorie".

DEZAMĂGIRE, NEÎMPLINIRE, PLICTISEALĂ, DURERE

Problemele psihologice ale adolescenţilor – printre care menţionăm lipsa încrederii în sine, dezamăgirea, neîmplinirea, plictiseala, dezechilibrul emoţional, „durerea psihică" şi lipsa afecţiunii – au reprezentat un teren prolific al cercetării psihologice din ultimii ani. Printre cele mai relevante contribuţii identificate în literatura de profil se numără cele ale autorilor Jaspers *et al.* (2012), Yen-Tzu Wu *et al.* (2012), Bartels *et al.* (2011), Pattussi *et al.* (2008), Tick *et al.* (2008), Signoretta *et al.* (2005), Rönnlund şi Karlsson (2006) etc.

În rezumat, aceşti autori demonstrează că: fetele se confruntă în perioada adolescenţei cu mai multe probleme emoţionale, iar băieţii – cu mai multe probleme de comportament; adolescenţii care au probleme de comportament şi emoţionale sunt de trei ori mai predispuşi să raporteze tentative de autorănire, comparativ cu adolescenţii cu probleme în limite normale; asigurarea securizării adolescenţilor în mediul familial corelează cu coerenţa mai mare a conţinutului verbal şi a afectului, cu nivelul mai scăzut al sentimentelor de ruşine, şi cu un nivel mai scăzut al dereglării emoţionale; inabilitatea de autoreglare eficientă în adolescenţă este asociată cu dificultăţile socio-emoţionale ale viitorului adult, precum şi cu comportamentele patologice ale acestuia; nesiguranţa în relaţiile părinte-copil este asociată cu emoţiile negative persistente, cu dificultăţile în reglarea emoţională, precum şi cu niveluri înalte de depresie, anxietate, comportament delincvenţial şi, nu în ultimul rând, cu abuzul de substanţe; problemele comportamentale timpurii ale adolescenţilor şi hiperactivitatea acestora prezic probleme comportamentale; fumatul în timpul sarcinii, nivelul educaţional scăzut/mediu al părinţilor, părinţii divorţaţi şi familiile monoparentale prezic problemele de comportament atât pentru fete, cât şi pentru băieţi; securitatea în relaţiile părinte-copil este asociată şi cu un nivel mai scăzut al furiei disfuncţionale, cu un nivel mai ridicat al empatiei, precum şi cu un nivel mai scăzut de evitare a rezolvării problemelor.

Problemele psihologice se amplifică în timpul adolescenţei şi pot deveni cronice pentru un număr considerabil de tineri. Lambert *et al.* (1998) au cercetat modul în care sprijinul părinţilor şi prietenilor influenţează problemele emoţionale ale adolescenţilor. Astfel, adolescentul percepe că sprijinul părinţilor scade, iar cel al prietenilor creşte. Cele mai importante schimbări se petrec în jurul vârstei de 16 ani. Sprijinul prietenilor, la prima vedere, pare a nu corela semnificativ cu starea de bine. S-a demonstrat că sprijinul prietenilor joacă un rol minor în psihologia adolescentină, în raport cu gradul de sprijin parental perceput. Atunci când adolescenţii primesc un sprijin mai mic din partea părinţilor – şi se bucură de un sprijin mai mare din partea prietenilor –, ei raportează că au cele mai mari probleme (bazele unor relaţii bune cu grupul de prieteni sunt puse de un ataşament sigur în relaţia cu părinţii). Astfel, se explică faptul că adeziunile la grupurile de prieteni ar putea fi un motiv pentru dezvoltarea depresiei. Pe de altă parte, adolescenţii au tendinţa de a se întoarce către prieteni atunci când părinţii nu sunt disponibili. Faptul că sprijinul prietenilor nu este capabil să compenseze sprijinul părinţilor indică importanţa lipsei sprijinului parental (Helsen *et al.*, 2000). Unele cercetări au arătat că adolescenţii se îndreaptă spre grupul de prieteni atunci când este vorba despre decizii mai superficiale (haine, credinţe, păreri despre restricţii în ceea ce priveşte ieşirea din casă ş.a.). Influenţa părinţilor este mai puternică în probleme precum credinţele religioase, valorile morale sau ideile politice (Steinberg, Morris, 2001).

În prim planul tabloului psihologic al adolescenţei se află nu numai problemele emoţionale, ci şi schimbările cognitive, iar unele cogniţii disfuncţionale pot sta la baza depresiei. De pildă, dezvoltarea gândirii abstracte şi modificarea felului în care se face autoevaluarea (mai degrabă, prin comparaţie socială) pot

afecta atât tipul, cât şi rezistenţa vulnerabilităţilor cognitive pentru unele deficite particulare (imaginea corporală, probleme alimentare, depresia, evaluarea de sine, erori ostile de atribuire şi probleme de conduită). Abilitatea crescută de a gândi despre posibilităţi poate să conducă la situaţia în care adolescentul „se simte pierdut în gânduri şi îngrijorări" (Wolfe, Mash, 2006).

Multe din schimbările cognitive şi emoţionale din adolescenţă sunt influenţate de dimensiunea *gender*. Adolescentele iniţiază mai multe schimburi verbale, prezintă o mai mare deschidere faţă de verbalizare, şi vorbesc mai mult despre aspectele emoţionale ale relaţiilor interpersonale, comparativ cu băieţii.

Identitatea şi stima de sine se schimbă, la rândul lor, dramatic în timpul adolescenţei. Stima de sine reflectă raţionamentul tânărului în ceea ce priveşte competenţa profesională, atractivitatea sa, acceptarea sa de către ceilalţi, succesul şcolar, sportiv şi interpersonal. În timp ce stima de sine cunoaşte fluctuaţii importante de-a lungul adolescenţei, identitatea de sine devine mai solidă; adolescenţii fac alegeri personale legate de rolurile sexuale, ocupaţionale şi sociale. În paralel, ei dezvoltă o mai mare capacitate pentru gândirea abstractă, care le dă o viziune complexă despre sine, cuplată cu o reflecţie de sine mai mare şi cu o autonomie crescută în luarea deciziilor. Aceste schimbări importante sunt însoţite însă de anumite vulnerabilităţi emoţionale. Supraestimarea poate antrena eşecuri, în timp ce subestimarea conduce la evitarea provocării şi la reducerea oportunităţii pentru dezvoltare.

Adolescenţii îşi stabilesc o identitate dincolo de familie, prin dezvoltarea de relaţii cu alţii devenind şi mai detaşaţi emoţional de părinţii lor. Adolescenţa este perioada experimentării de roluri, până când „adevăratul self este găsit". Adolescenţii pot chiar să-şi schimbe identitatea de la un context la altul, mai ales în jurul vârstei de 14-16 ani (de exemplu, un individ poate fi timid la şcoală, dar se comportă într-o manieră ostentativă în tabăra de vară; Steinberg, Morris, 2001).

Dezvoltarea relaţiilor romantice încurajează în mod deosebit independenţa adolescenţilor şi contribuie la formarea identităţii, întăreşte competenţele pentru apropiere (în relaţiile intime). Ea asigură un antrenament pentru dezvoltarea şi rafinarea abilităţilor interpersonale precum negocierea, reciprocitatea, apropierea emoţională, deschiderea către celălalt. Relaţiile romantice pot fi o cale de a căpăta statut şi acceptare în cadrul grupului (Collins, Sroufe, 1999), însă eşecul acestora se află la baza a numeroase tentative de suicid şi a actelor suicidare ale adolescenţilor.

FAMILIA FUNCŢIONALĂ, CA FACTOR DE REZILIENŢĂ

Adolescenţii care se dezvoltă în familii funcţionale, suportive, prezintă mai puţin simptome de depresie, înregistrând o stare psihologică de bine (Hair *et al.*, 2005). De asemenea, acceptarea parentală percepută şi sprijinul acordat adolescentului corelează pozitiv cu competenţa socială şi se asociază negativ cu depresia şi cu problemele comportamentale (Sentse *et al.*, 2010).

În acelaşi timp, nivelurile înalte de conflict părinte – copil, asociate cu respingerea parentală percepută, corelează cu niveluri mari de agresivitate, ostilitate şi depresie, cu o viziune negativă asupra lumii. Potrivit cercetărilor menţionate, fetele sunt predispuse la internalizarea trăirilor negative şi la dezvoltarea depresiei, în timp ce băieţii îşi externalizează prin comportament aceste trăiri. Pe de altă parte, s-a dovedit că dispoziţiile depresive ale fetelor sunt mai reduse în intensitate atunci când conflictul cu familia este de nivel scăzut.

Şi alte studii au ajuns la concluzia potrivit căreia sprijinul parental, constant exprimat, corelează pozitiv cu o stimă ridicată de sine a adolescentului, factor de reziliență important în depresie, precum şi cu obţinerea unor rezultate şcolare bune (Mounts, 2001). Cu alte cuvinte, relaţiile strânse dintre un adolescent şi părinţii săi au efecte benefice asupra dezvoltării generale ale acestuia.

În primul rând, abilităţile parentale optim dezvoltate, ca şi activităţile împărtăşite de toţi membrii familiei pot avea un rol educativ modelator asupra adolescenţilor (Borkowsky *et al.*, 2002). Astfel, adolescenţii care dezvoltă relaţii pozitive cu părinţii sunt mai puţin predispuşi să se angajeze în comportamente de risc, inclusiv în comportamente de tip adictiv precum fumatul, consumul de alcool şi de droguri (Guilamo-Ramos *et al.*, 2005).

În cel de-al doilea rând, supravegherea parentală descurajează nu numai instalarea simptomelor depresive, ci şi dobândirea comportamentelor indezirabile social sau chiar antisociale. Cercetătorii au mai demonstrat că relaţiile conflictuale dintre părinţi şi copii implică adeseori şi un comportament antisocial ridicat din partea părinţilor. Adolescenţii aflaţi în cămine de ocrotire prezintă cel mai mare risc pentru deviantă comportamentală, în vreme ce adolescenţii din familii normale beneficiază de protecţie în calea comportamentului infracţional (Suh *et al.*, 1996). Totodată, comparativ cu adolescenţii din familii normale din punctul de vedere al structurii (mamă-tată), cei care provin din familii cu un părinte vitreg sau din familii monoparentale prezintă un risc crescut în ceea ce priveşte şi abuzul de substanţe (Aquilino şi Supple, 2001; Flewelling şi Bauman, 1990; Adlaf şi Ivis, 1996). Corelaţia dintre structura familiei şi consumul de substanţe este explicată nu atât printr-o relaţie directă între cele două variabile, ci prin influenţa colectivă a unor factori. Printre aceşti factori se numără expunerea la stres şi asocierea adolescentului cu grupuri de covârstnici care prezintă devieri comportamentale (Barett, Turner, 2012). Pe de altă parte (*idem*), familia de tip clasic (compusă din mamă şi tată) prezintă niveluri mai înalte ale supravegherii parentale a adolescenţilor, comparativ cu familia monoparentală. Subsecvent, adolescenţii din familiile clasice înfăţişează rate mai scăzute ale devierilor comportamentale, comparativ cu adolescenţii crescuţi de un singur părinte. Factorul *gender* este şi el important în ceea ce priveşte implicarea adolescentului în comportamente negative. S-a demonstrat că adolescentele din familii cu niveluri medii şi scăzute de supraveghere parentală nu sunt atât de supuse riscului de a dezvolta devieri comportamentale, pe când băieţii din astfel de familii sunt mai predispuşi la deviantă (Cookston, 1999).

Relaţiile adolescenţilor în familie, precum şi relaţiile interpersonale stabilite de aceştia cu prietenii şi cu alte persoane au constituit obiectul unor studii

complexe (Finkenauer *et al.*, 2005; Manders *et al.*, 2006; Valton şi Flouri, 2010; Giannakopoulos *et al.*, 2009; Boutelle *et al.*, 2009). Oferim aici o sinteză a acestor cercetări. Astfel, calitatea relației părinte-copil determină externalizarea problemelor comportamentale antisociale, asociate cu delincvența, abuzul de substanțe interzise, anxietatea şi depresia. Relațiile sociale armonioase contribuie la dezvoltarea normală a personalității adolescenților, cu scoruri înalte la dimensiunea „agreabilitate"; schimburile sociale negative influențează depresia şi nevrotismul. Disciplina parentală negativă (violențele exercitate asupra copilului, în scop de „educare" a acestuia) determină un comportament adolescentin problematic, precum şi scoruri scăzute la dimensiunile „conştiinciozitate" şi „adaptare" la cerințele mediului şcolar. Controlul psihologic exercitat de părinți asupra copilului (apelul la mândrie şi la vinovăție, exprimarea dezamăgirii, retragerea dragostei parentale sau, după caz, izolarea copilului) au fost asociate cu dificultățile şcolare, cu insecuritatea şi identitatea de sine deficitară ale copilului. Cercetările au mai demonstrat că nivelurile scăzute ale sănătății psihice maternale corelează semnificativ cu problemele emoționale şi comportamentale ale copiilor. Nivelurile înalte de coeziune ale legăturii dintre părinte şi copil determină niveluri înalte ale stimei de sine a copilului şi performanțe şcolare bune; totuşi, înconjurarea copilului cu prea multă afecțiune face să dispară proprietățile disciplinare ale pedepselor, atunci când acestea sunt aplicate.

DEPRESIA ASOCIATĂ DEPENDENȚELOR

Comportamentele adictive ale adolescenților reprezintă, la rândul lor, un vast teren pentru cercetarea psihologică a depresiei asociate dependențelor de tutun, alcool şi substanțe interzise. Remarcăm în acest sens o serie de contribuții semnificative ale ultimilor ani: Muthupalaniappen *et al.* (2012), Shoval *et al.* (2012), Sancho (2012), Wegmann *et al.* (2012), Strandberg şi Bodin (2011), Lewis *et al.* (2011), Miller şi Plant (2010), Michaelidou *et al.* (2010), Cismaru *et al.* (2008), Shoal *et al.* (2005), pe care le vom prezenta sintetic în continuare. Astfel, numeroşi adolescenți încep să fumeze pentru a face față emoțiilor negative. Totodată, fumatul la adolescenți este asociat cu toate tipurile de morbidități psihiatrice – probleme de comportament perturbatoare, tulburări depresive majore, tulburări anxioase, tulburări de personalitate, tulburări legate de uzul de droguri. Comportamentele indezirabile social, exteriorizate, sunt mai pregnante în rândul adolescenților fumători, decât în cel al adolescenților nefumători; fetele care fumează afişează un comportament mai rebel şi mai comunicativ decât cele care nu fumează; adolescenții mai impulsivi nu au şanse de reuşită în a se lăsa de fumat la fel de mari precum adolescenții non-impulsivi. Consumul de substanțe interzise (în această categorie literatura de specialitate menționează alcoolul, drogurile şi tutunul) este mai puțin frecvent în cazul adolescenților ai căror părinți descurajează consumul de băuturi alcoolice, precum şi în cazul adolescenților care susțin că au

primit o direcționare parentală corespunzătoare. Consumul cel mai frecvent de asemenea substanțe se înregistrează în rândurile adolescenților proveniți din familii cu atitudini tolerante/favorabile privind consumul de alcool, precum şi în rândurile adolescenților care nu oferă răspunsuri la întrebările din chestionare referitoare la supravegherea parentală. Între consumul de alcool al adolescenților şi stabilirea unor reguli de către părinți în acest domeniu (supervizare/supraveghere parentală) cercetătorii au demonstrat existența unei corelații negative. Pe de altă parte, impunerea de reguli de către părinți, precum şi încrederea adolescentului în părinții săi se asociază cu un debut întârziat al consumului de alcool. Monitorizarea adolescentului de către părinți corelează pozitiv cu nivelurile scăzute de adicție.

Cea mai consistentă asociere a variabilelor a fost constatată între consumul de narcotice al adolescenților şi influența grupului de prieteni. Grupul de covârstnici este, de altfel, unul dintre cei mai importanți determinanți ai dependenței de fumat la adolescenți, alături de fumatul parental (privit ca „model"), precum şi ai dependenței de alcool (în cadrul grupului se consumă alcool şi sunt împărtăşite experiențe pozitive legate de consumul de alcool). Un grup „vicios" determină nu numai debutul comportamentului tabagic, ci şi întreținerea lui (abstinența nefumătorilor este dezaprobată de grupul de fumători). Pe de altă parte, un grup ai cărui membri nu au acest viciu poate determina hotărârea de a nu fuma. Obiceiul fumatului este deprins de către adolescenți prin modelare comportamentală; astfel, adolescenții îi percep pe fumători ca fiind persoane respectabile, de succes sau atractive, şi încearcă, la rândul lor, să atingă o imagine similară, prin dobândirea obiceiului de a fuma. Stereotipurile de fumat pozitive iau naştere şi ca urmare a expunerii adolescentului la influența colegilor mai mari care fumează, mai ales dacă fumătorii sunt populari. Comparația socială este mecanismul care, în acest caz, generează o serie de impresii favorabile asociate cu imaginea de sine, printre care atotputernicia şi autoafirmarea.

Copiii cu părinți alcoolici, la fel ca şi copiii fumătorilor, deprind cu uşurință acest obicei şi, drept consecință, sunt predispuşi să dezvolte comportamente antisociale, să aibă probleme la şcoală şi probleme emoționale. Pe lângă depresie/suicid, studiile citate menționează şi alți factori de risc asociați consumului de alcool de către adolescenți: accidente auto, omucideri, atacuri sexuale, risc crescut de contractare a virusului HIV şi a altor boli cu transmitere sexuală, înec, provocarea de incendii, căderi, otrăviri, auto-răniri etc.

PRIMUL PAS AL ÎNȚELEGERII PSIHOPATOLOGIEI ADOLESCENTULUI: CUNOAŞTEREA PROBLEMELOR ACESTUIA

Înțelegerea psihopatologiei adolescentului implică nu doar examinarea psihologică şi psihiatrică a acestuia, ci şi observarea contextelor de mediu social în care el este angrenat, precum şi cunoaşterea problemelor de viață ale acestuia (Lambert *et al.*, 1998). Pentru atingerea acestui obiectiv, am realizat, în 2012, în

cadrul Departamentului de Psihologie al Institutului de Filosofie şi Psihologie „Constantin Rădulescu Motru" – Academia Română, un studiu privind problemele de viaţă ale adolescenţilor.

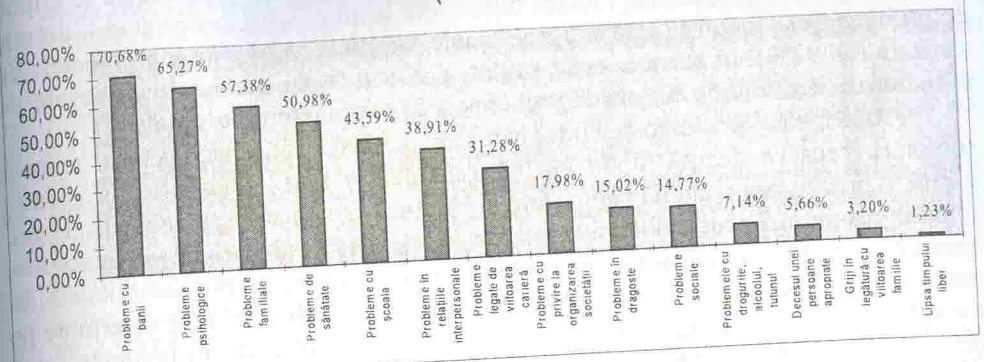
Studiul şi-a propus identificarea problemelor actuale de viaţă ale adolescenţilor români, prin metoda brainstorming, şi analiza aprofundată a celor mai importante dintre acestea (în baza frecvenţei lor şi a notării acordate de subiecţi), în scopul unei mai bune cunoaşteri psihologice a acestui segment de populaţie. Brainstorming-ul, denumit „evaluare amânată" ori „furtună de creiere" este o metodă interactivă de dezvoltare de idei noi, care rezultă din discuţiile purtate între membrii unui grup, în cadrul căreia fiecare vine cu o mulţime de sugestii. Cei 406 adolescenţi din lotul de cercetare (elevi în clasa a XI-a la licee din Bucureşti – Liceul teoretic „Ion Barbu", Colegiul Naţional „Tudor Vianu", Colegiul Naţional „Mihai Viteazul", Liceul de muzică „Dinu Lipatti", Liceul de Arte Plastice „Nicolae Tonitza", Colegiul Naţional „Ion Neculce"; 213 fete şi 193 de băieţi) au primit instructajul de a preciza ce înţeleg prin sintagma „probleme de viaţă".

Cele mai importante probleme de viaţă identificate de cei 406 adolescenţi sunt: 1. problema banilor, cu o frecvenţă de 70,68%; 2. problemele psihologice, cu 65,27%; 3. problemele familiale, cu 57,38% şi 4. problemele de sănătate, cu 50,98% (Histograma nr. 1).

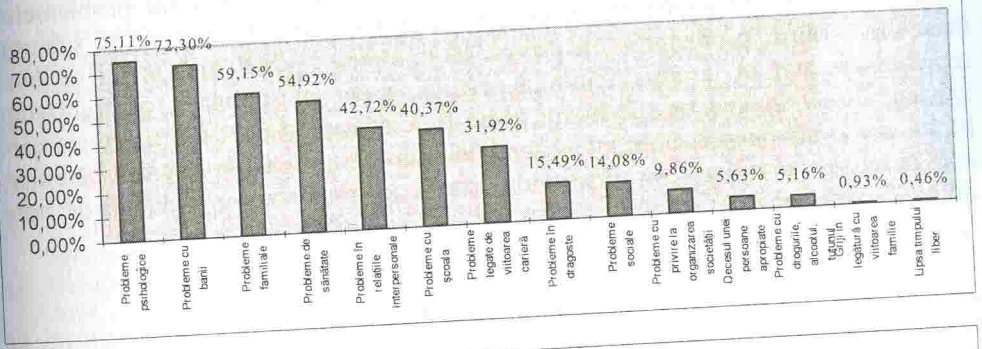
În categoria problemelor psihologice, plasate pe locul al doilea al ierarhiei, au fost incluse: lipsa încrederii în sine, dezamăgirea, neîmplinirea personală, plictiseala, dezechilibrul emoţional, durerea psihică şi lipsa afecţiunii, exprimate ca atare de către subiecţi. Frecvenţa mare cu care se regăsesc astfel de probleme în aprecierile subiecţilor poate fi interpretată prin prisma faptului că aceştia se află la vârsta adolescenţei (16–18 ani), o perioadă caracterizată prin frământări sufleteşti, în care tinerii îşi pun probleme existenţiale legate de sensul vieţii şi al rostului lor în lume, îşi cristalizează interesele, îşi definitivează construcţia identitară, care a început să se închege în preadolescenţă (12–15 ani). Nu în ultimul rând, adolescenţa este marcată de schimbări hormonale puternice, de stabilirea unor relaţii sentimentale cu alte persoane, care declanşează, la rândul lor, astfel de frământări sufleteşti. De altfel, dacă am adăuga la problemele psihologice, şi problemele vizând relaţiile interpersonale ale tinerilor, ca şi problemele în dragoste sau problemele familiale (vizând mai ales relaţiile încordate/conflictuale cu părinţii), care au de asemenea un substrat relaţional, psihologic, de stabilire a unei comuniuni de gânduri, sentimente şi interese cu alte persoane, remarcăm faptul că tot acest cumul de probleme urcă pe locul întâi al ierarhiei reprezentărilor problemelor de viaţă.

În categoria problemelor familiale au fost incluse atât conflictele/certurile cu părinţii, cât şi violenţa intrafamilială, relaţiile încordate între părinţi sau divorţul părinţilor. Dacă acest tip de probleme ocupă locul al treilea ca importanţă în cazul lotului general şi al lotului de fete (Histogramele nr. 1 şi nr. 2), pentru lotul băieţilor (N = 193) problemele familiale urcă pe locul al doilea în „topul" problemelor de viaţă (Histograma nr. 3).

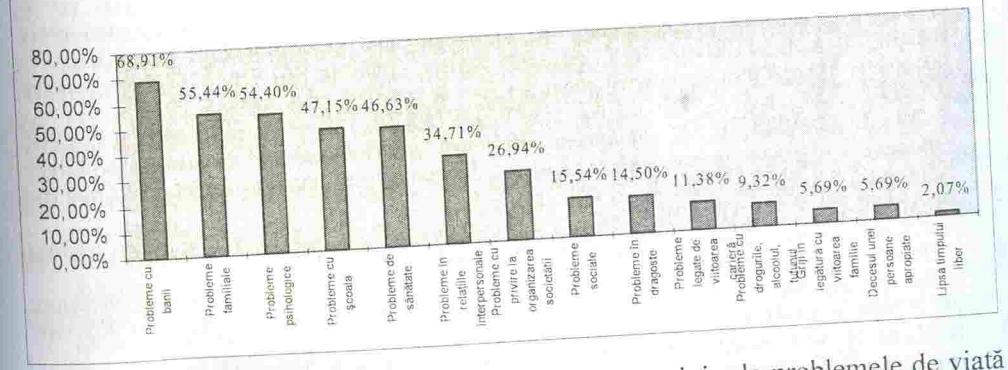
Histograma nr. 1: Problemele de viaţă, în viziunea subiecţilor din întregul lot (N = 406)



Histograma nr. 2: Problemele de viaţă, în viziunea subiecţilor de gen feminin (N = 213)



Histograma nr. 3: Problemele de viaţă, în viziunea subiecţilor de gen masculin (N = 193)



Pe ultimele locuri în reprezentările tinerilor cu privire la problemele de viaţă se plasează: problemele cu drogurile, alcoolul şi tutunul (7,14%), decesul unei persoane apropiate (5,66%), grijile în legătură cu viitoarea familie (3,20%) şi lipsa timpului liber (1,23%).

Problemele de viață identificate de subiecții de gen feminin (N = 213) înfățișează o ierarhie sensibil diferită, în sensul că problemele psihologice se impun pe primul plan ca pregnanță (75,11% dintre fete le nominalizează ca atare), urmate de problemele cu banii (72,30%), problemele familiale (59,15%) și problemele de sănătate (54,92%). În cazul acestui sublot, problemele cu școala și cele legate de viitoarea carieră sunt devansate de problemele în relațiile interpersonale.

Problemele în dragoste înregistrează ponderi apropiate pentru ambele subloturi, ceea ce denotă faptul că interesul pentru sexul opus este, la această vârstă, o preocupare comună pentru fete și băieți. Cu toate acestea, subiecții de gen feminin resimt mai acut problemele interpersonale, decât subiecții de gen masculin, ceea ce poate indica frământări mai intense pe drumul maturizării emoționale, în cazul adolescentelor. Este posibil ca tocmai aceste stări sufletești să le determine pe tinerele din lotul investigat să considere prioritare problemele psihologice, care devansează problema banilor, la rândul ei foarte importantă pentru întreaga generație de covârstnici.

Problemele cu școala par, de asemenea, a fi mai puțin stringente pentru sublotul de adolescente (ocupă doar locul al șaselea în ierarhia problemelor identificate), în comparație cu importanța crescută acordată acestora de sublotul masculin. Totuși, problemele cu privire la viitoarea carieră sunt la fel de bine reprezentate atât în ierarhia feminină, cât și în cea masculină a confruntărilor existențiale. O situație asemănătoare poate fi constatată și pentru problemele care țin de consumul de substanțe interzise, care sunt mai pregnante în cazul băieților; aceștia reușesc să ridice semnificativ importanța acordată acestor probleme de către întregul lot de subiecți.

BIBLIOGRAFIE

1. ADLAF, E. M., IVIS, F. J., *Structure and relations: the influence of familial factors on adolescent substance use and delinquency*, Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, *5*, 1996, p.1-19.
2. AQUILINO, W. S., SUPPLE, A. J., *Long-term effects of parenting, practices during adolescence on well-being outcomes in young adulthood*, Journal of Family Issues, *22*, 2001, p. 289-308.
3. BARRETT, A. E., TURNER, R. J., *Research Report*, Grant no R01 DA10772 from National Institute on Drug Abuse, http://www.sociology.fsu.edu/people/barrett/FamilyS, 2011.
4. BARTELS, M., NIELS van de A., van BEIJSTERVELDT, C. E. M., MIDDELDORP, C. M., BOOMSMA, D. I., *Adolescent self-report of emotional and behavioral problems: Interactions of genetic factors with sex and age*, Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, NCBI, **20**, *1*, 2011, p. 35–52.
5. BEARDSLEE, W. R., GLADSTONE, T. R., *Prevention of childhood depression: recent findings and future prospects*, Biological Psychiatry, **49**, *12*, 2001, p. 1101-1110.
6. BERINGS, D., De FRUYT, F., BOUWEN, R., *Work-values and personality traits as predictors of enterprising and social vocational interest*, Personality and Individual Differences, Elsevier, **36**, *2*, 2004, p. 349-364.
7. BING, M. N., WHANGER, J. C., DAVISON, H. K., VANHOOCK, J., *Incremental validity of the frame-of-reference effect in Personality Scale, Scores: A replication and extension*, Journal of Applied Psychology, APA, **89**, *1*, 2004, p. 150-157.
8. BORKOWSKY, J., RAMEY, S., BRISTOL-POWER, M. (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and social-emotional development*, Mahwah NJ, Lawrence Erlbaum, 2002.

9. BOUTELLE, K., EISENBERG, M. E., GREGORY, M. L., NEUMARK-SZTAINER, D., *The reciprocal relationship between parent–child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years*, Journal of Psychosomatic Research, Elsevier, **66**, *4*, 2009. p. 309-316.
10. CATTEL, R. B., *La personalité*, PUF, Paris, 1956.
11. CATTEL, R. B., *The Scientific Analysis of Personality, Personality, Selected Redings*, Penguin Books Ltd., Harmondsworth, Middlesex, England, 1967.
12. CATTEL, R. B., CHILD, D., *Motivation and Dynamic Structure*, Halsted Press, New York, 1975.
13. CATTEL, R. B., *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire, Institute for Personality and Ability Testing*, Inc. Champaign, Illinois, 1992.
14. CISMARU, M., LAVACK, A. M., MARKEWICH, E., *Alcohol consumption among young consumers: a review and recommendations, Young Consumers: Insight and Ideas for Responsible Marketers*, Emerald, **9**, *4*, 2008, p. 282-296.
15. CHAVIRA, D., STEIN, M.B., BAILEY, K., STEIN, M.T., *Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample*, Journal of Affective Disorders, **80**, *2-3*, 2004, p. 163-171.
16. CHUNG, M.-S., CHIU, H.-J., SUN, W.-J., LIN, C.-N., KUO, C.-C., HUANG, W.-C., CHEN, Y.-S., CHENG, H.-P., CHOU, P., *A rapid screening test for depression in junior high school children*, Journal of the Chinese Medical Association, **74**, *8*, 2011, p. 363-368.
17. COLLINS, W. A., SROUFE, L. A., *Capacity for intimate relationships: a developmental construction*, în W. FURMAN, B. B. BROWN, C. FEIRING (Eds.), *The development of romantic relationships in adolescence*, NY, Cambridge University Press, 1999, p. 125-147.
18. COOKSTON, J. T., *Parental Supervision and Familz Structure: Effects on Adolescent Problem Behaviors*, Journal of Divorce and Remarriage, **32**, *1/2*, 1999, p. 107-122.
19. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke Clinical Research Institute at Duke University Medical Center, *Treatment for Adolescents with Depression Study* (TADS): *Rationale, design, and methods*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **42**, *5*, 2003, p. 531-542.
20. EYSENCK, H.-J., EYSENCK, M., *Personality and individual differences: A natural science approach*, New York, Plenum Press, 1985.
21. EYSENCK, H.-J., WILSON, G., *Conosci la tua personalità*, Psicologia e società, Milano, BUR, 2004, p. 16-18.
22. FINKENAUER, C., ENGELS, R.C.M.E., BAUMEISTER, R. F., *Parenting behaviour and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control*, International Journal of Behavioral Development, International Society for the Study of Behavioural Development, **29**, *1*, 2005, p. 58-69.
23. FLAMENT, M.F., COHEN, D., CHOQUET, M., JEAMMET, P., LEDOUX, S., *Phenomenology, Psychosocial Correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **40**, *9*, 2001, p. 1070-1078.
24. FLEWELLING, R. L., BAUMAN, K. E., *Family structure as a predictor of initial substance use and sexual intercourse in early adolescence*, Journal of Marriage and the Family, *52*, 1990, p. 171-181.
25. FURNHAM, A., *The Psychology of Behaviour at Work*, Hove East Sussex, UK, Psychology Press, 1997.
26. FURNHAM, A., HUGHES, K., *Individual difference correlates of Nightwork and Shift-Work Rotation, Personality and Individual Differences*, Elsevier, **26**, *5*, 1999, p. 941-959.
27. GIANNAKOPOULOS, G., MIHAS, C., DIMITRAKAKI, C., TOUNTAS, Y., *Family correlates of adolescents' emotional/behavioural problems: evidence from a Greek school-based sample*, Acta Paediatr, **98**, *8*, 2009, NBCI, p. 1319-23.
28. GABBARD, G., *Tratat de psihiatrie psihodinamică*, București, Editura Trei, 2005.
29. GOODYER, I. M., HERBERT, J., TAMPLIN, A., SECHER, S. M., PEARSON, J., *Short-term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **36**, *4*, 1997, p. 474-480.

30. GOULD, M. S., SHAFFER, D., FISHER, P., GARFINKEL, R., *Separation/divorce and child and adolescent completed suicide*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **37**, *2*, 1998, p. 155-162.
31. GUILAMO-RAMOS, V., JACCARD, J., TURRISI, R. & JOHANSSON, M. *Parental and school correlates of binge drinking among middle school students*, American Journal of Public Health, **95**, *5*, 2005, p. 894-899.
32. HAIR, E., MOORE, K., GARTTET S., KIMKAWA, A., LIPPMAN, L. & MICHELSON, E., *The parent–adolescent relationship scale* (2005), in K. MOORE & L. HELSEN MARIANNE, VOLLEBERGH WILMA AND MEEUS WIM, *Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence*, Journal of youth and adolescence, **29**, *3*, 2000, p. 319-335.
33. IGARASHI, H., HASUI, C., UJI, M., SHONO, M., NAGATA, T., KITAMURA, T., *Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan*, Psychiatry Research, **180**, *2-3*, 2010, p. 120-125.
34. JASPERS, de WINTER, M. A. F., HUISMAN, M., VERHULST, F. C. M. D., ORMEL, J., STEWART, R. E., REIJNEVELD, S. A., *Trajectories of psychosocial problems in adolescents predicted by findings from early well-child assessments*, Elsevier, Journal of Adolescent Health, **51**, *5*, 2012, p. 475-483.
35. KEENAN, K., HIPWELL, A., FENG, X., BABINSKI, D., HINZE, A., RISCHALL, M., HENNEBERGER, A., *Subthreshold symptoms of depression in preadolescent girls are stable and predictive of depressive disorders*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **47**, *12*, 2008, p. 1433-1442.
36. KLOSINSKI, G., *Psychological maltreatment in the context of separation and divorce*, Child Abuse & Neglect, **17**, *4*, 1993, p. 557-563.
37. LAMBERT, M. C., LYUBANSKY, M., ACHENBACH, T. M, *Behavioral and emotional problems among adolescents of Jamaica and the United States. Parent, teacher, and self-reports for ages 12 to 18*, Journal of Emotional and Behavioral Disorders, **6**, *3*, 1998, p. 180-187.
38. LEWINSOHN, P. M., GOTLIB, I. H., SEELEY, J. R., *Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **34**, *9*, 1995, p. 1221-1229.
39. LEWIS, T. L., KOTCH, J., TISHA M. D., WILEY, R. A., LITROWNIK, A. J., ENGLISH, D. J., THOMPSON, R., ZOLOTOR, A. J., STEPHANIE M. D., BLOCK, D., DUBOWITZ, M. D., *Internalizing problems: A potential pathway from childhood maltreatment to adolescent smoking*, Journal of Adolescent Health, Elsevier, **48**, *3*, 2011, p. 247-252.
40. MANDERS, W. A., SCHOLTE, R. H. J., JANSSENS, J. M. A. M., De BRUYN, E. J., *Adolescent personality, problem behaviour and the quality of the parent–adolescent relationship*, European Journal of Personality, **20**, *3*, 2006, p. 237-254.
41. MICHAELIDOU, N., DIBB, S., ALI, H., *The impact of antismoking information on teenagers' attitude and intention: implications and challenges for designing antismoking school interventions*, Journal of Strategic Marketing, Taylor & Francis, **18**, *6*, 2010, p. 503-515.
42. MILLER, P., PLANT, M., *Parental guidance about drinking: Relationship with teenage psychoactive substance use*, Journal of Adolescence, Elsevier, **33**, *1*, p. 55-68, 2010.
43. MILLER, L. J., LARUSSO, E. M., *Preventing postpartum depression*, Psychiatric Clinics of North America, **34**, *1*, 2011, p. 53-65.
44. MILLER, A., *Social neuroscience of child and adolescent depression*, Brain and Cognition, **65**, *1*, 2007, p. 47-68.
45. MOORE, K. and LIPPMAN L. (Eds.), *What do children need to flourish*, New York, Springer Science, 2005, p. 183-202.
46. MOUNTS, N., *Young adolescents' perceptions of parental management of peer relationships*, Journal of Early Adolescence, **21**, *1*, 2001, p. 92-122.
47. MUTHUPALANIAPPEN, L., OMAR, J., OMAR, K., IRYANI, T., HAMID, S. N., *Emotional and behavioral problems among adolescent smokers and their help-seeking behavior*, Southeast Asian Journal of Tropical Medicice and Public Health, **43**, *5*, 2012, p. 1273–1279.
48. MURRAY, L., ARTECHE, A., FEARON, P., HALLIGAN, S., GOODYER, I., COOPER, P., *Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **50**, *5*, 2011, p. 460-470.

49. OSBORN, A. F., ALEX F. OSBORN, *Applied Imagination: Principles and Procedures of Creative Thinking*, NC, U.S.A., Book Buyers (Charlotte), 1963.
50. PATTUSSI, M., LALLOO, R., BASSANI, G., OLINTO, M., *The role of psychosocial, behavioural and emotional factors on self-reported major injuries in Brazilian adolescents: A case-control study*, Injury, Elsevier, **39**, *5*, 2008, p. 561-569.
51. RAO, U., *Sleep disturbances in pediatric depression*, Asian Journal of Psychiatry, **4**, *4*, 2011, p. 234-247.
52. REINHERZ, H. Z., GIACONIA, R. M., PAKIZ, B., SILVERMAN, A. B., FROST, A. K., LEFKOWITZ, E. S., *Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **32**, *6*, 1993, p. 1155-1163.
53. RESTIFO, K., BÖGELS, S., *Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment*, Clinical Psychology Review, **29**, *4*, 2009, p. 294–316.
54. RÖNNLUND, M., KARLSSON, E., *The relation between dimensions of attachment and internalizing or externalizing problems during adolescence*, The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development, NBCI, **167**, *1*, 2006, p. 47-63.
55. SANCHO, F. M., *Factors influencing youth alcohol consumption intention: An approach from consumer socialization theory*, Journal of Social Marketing, Emerald, **1**, *3*, 2011, p. 192-210.
56. SCHAUBROECK, J., GANSTER, D., *The role of negative affectivity in work-related stress*, in *Handbook on Job Stress*, Journal of Social Behavior and Personality, Select Press, **6**, *7*, 1991, p. 319-330.
57. SEGRIN, C., *Social skills deficits associated with depression*, Clinical Psychology Review, **20**, *3*, 2000, p. 379-403.
58. SENTSE, M., LAIR, R.D., *Parent–child relationships and dyadic friendship experiences as predictors of behavior problems in early adolescence*, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Taylor & Francis, **39**, *6*, 2010, p. 873-884.
59. SHAFFER, D., FISHER, P., *The epidemiology of suicide in children and young adolescents*, Journal of the American Academy of Child Psychiatry, **20**, *3*, 1981, p. 545-565.
60. SHOAL, G. D., CASTANEDA, O. J., GIANCOLA, P. J., *Worry moderates the relation between negative affectivity and affect-related substance use in adolescent males: a prospective study of maladaptive emotional self-regulation*, Personality and Individual Differences, Elsevier, **38**, *2*, 2005, p. 475-485.
61. SHOVAL, G., MANSBACH-KLEINFELD, I., FARBSTEIN, I., KANAANEH, R., VALEVSKI, A., APTER, A., WEIZMAN, A., G. ZALSMAN, G., *Gender differences in emotional and behavioral disorders and service use among adolescent smokers: A nationwide Israeli study*, European Psychiatry, In Press, Corrected Proof, NBCI, Available online 19 September 2012.
62. SIGNORETTA, S., MAREMMANI, I., LIGUORI, A., PERUGI, G. S., AKISKAL, H. S., *Affective temperament traits measured by TEMPS-I and emotional-behavioral problems in clinically-well children, adolescents, and young adults*, Journal of Affective Disorders, Elsevier, **85**, *1-2*, 2005, p. 169-180.
63. STEINBERG, L., MORRIS, A. S., *Adolescent development*, Annual Review of Psychology, **52**, 2001, p. 83-110.
64. STRANDBERG, A. K., BODIN, M. C., *Alcohol-specific parenting within a cluster-randomized effectiveness trial of a Swedish primary prevention program*, Health Education, Emerald, **11**, *2*, 2011, p. 92-102.
65. UH, T., SCHUTZ, C. G., JOHANSON, C. E., *Family structure and initiating non-medical drug use among adolescents*, Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, *5*, 1996, p. 21-36.
66. TICK, N. T. VAN der ENDE J., VERHULST F. C., *Ten-years trends in self-reported emotional and behavioral problems of Dutch adolescents*, Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, NBCI, **43**, *5*, 2008, p. 349.
67. VÄÄNÄNEN, J.M., FRÖJD, S., RANTA, K., MARTTUNEN, M., HELMINEN, M., KALTIALA-HEINO, R., *Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence*, Journal of Affective Disorders, **133**, *1-2*, 2011, p. 97-104.

68. WALTON, E., FLOURI, T., *Contextual risk, maternal parenting and adolescent externalizing behaviour problems: the role of emotion regulation*, Child: Care, Health and Development, John Wiley & Sons, Inc., **36**, *2*, 2010, p. 275-284.
69. WEGMANN, L., ANNEKE BÜHLER, B., MAREIKE STRUNK, M., PETER LANG, P., DENNIS NOWAK, D., *Smoking cessation with teenagers: The relationship between impulsivity, emotional problems, program retention and effectiveness*, Addictive Behaviors, Elsevier, **37**, *4*, 2012, p. 463-468.
70. WOLFE, A. D., MASH, E. J. (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents. Nature, assessment, and treatment*, NY, The Guiford Press, 2006.
71. WU, Y.T., CHEN W. J., HSIEH, W.S., CHEN P.C., LIAO, H.F., SU,Y.N., JENG, S.F., *Maternal-reported behavioral and emotional problems in Taiwanese preschool children*, Research in Developmental Disabilities, Elsevier, **33**, *3*, 2012, p. 866-873.

Capitolul 15

TULBURĂRI AFECTIVE LA PERSONALITATEA BORDERLINE

CAMELIA POPA,
ADELA MAGDALENA CIOBANU

În practica psihiatrică, tulburările afective sunt inseparabile de tulburările personalității. Tulburarea borderline prezintă, în prim planul tabloului simptomatologic, nu numai impulsivitate şi dificultăți majore de control al emoțiilor, ci şi perioade de depresie majoră, ideație suicidară, accese de mânie, sentimente de neîmplinire şi de vid interior (Reiser, Thompson, 2005).

Psihopatologia afectivă (dezechilibrul emoțional) şi distorsiunile cognitive pot fi considerate răspunzătoare de răspunsurile maladaptive din tulburarea borderline. În acelaşi timp, episoadele depresive majore, tentativele de suicid şi tulburarea bipolară reprezintă complicații ale tulburării borderline, arată studiile de gen. În tipologia diagnostică a tulburărilor afective la personalitatea borderline intră tulburarea distimică, ciclotimică, tulburarea afectivă bipolară tip II, precum şi o stare mixtă (Ghebaur, Prelipceanu, 2007). Aceste tulburări afective se întâlnesc mai ales la adolescentele şi femeile tinere cu personalitate borderline, având un istoric familial de tulburare dispozițională. Potrivit acestor autori, baza terapeutică a tulburărilor afective asociate tulburării borderline o reprezintă agenții timostabilizatori, în condițiile în care evoluția patologiei limită poate fi marcată de episoade depresive majore recurente şi suicid. Având în vedere toate acestea, atitudinea terapeutică trebuie să fie una competentă, vizând tulburarea de dispoziție şi punând în umbră diagnosticul de pe axa II, în condițiile în care s-a demonstrat clinic că perturbările personologice dispar odată cu remisia simptomelor afective. Totuşi, atunci când un pacient „borderline" este diagnosticat cu depresie, iar răspunsul la ortotimizante este nesatisfăcător, se ridică suspiciunea unei tulburări afective bipolare tip II (idem).

În acest context, trebuie să menționăm că diagnosticul diferențial între tulburarea bipolară şi tulburarea borderline ridică unele probleme pentru clinician, deoarece există criterii diagnostice care sunt satisfăcute de ambele tulburări. Printre criteriile comune se numără: dispoziția depresivă, instabilitatea afectivă, stima de sine scăzută, insomnia, excesiva implicare în activități aducătoare de plăcere (dar şi cu consecințe negative), agitație psihomotorie, episoade de mânie excesivă (adeseori incontrolabilă), fatigabilitate, simptome paranoide tranzitorii, sentimente de devalorizare a propriei persoane, lipsă de concentrare, instabilitate în relațiile interpersonale (Frank, 2005). Tulburarea bipolară poate prezenta însă, în tabloul ei clinic, şi hiperactivitate, fugă de idei, distractibilitate, o stimă de sine crescută,

hipersomnie sau, după caz, descreşterea nevoii de somn. Tulburarea borderline înfăţişează o reactivitate crescută a dispoziţiei, tulburări de identitate (generate de dispersia Sinelui), sentimente cronice de gol interior, simptome disociative, comportament suicidar şi automutilare (idem).

În ceea ce priveşte prezenţa depresiei comorbide la pacienţii cu tulburare borderline, cercetările de profil au arătat că aceasta are o incidenţă crescută. Sintetizăm, în continuare, cele mai relevante rezultate:

- un procent semnificativ al pacienţilor borderline au experimentat o depresie majoră. Un studiu realizat de Zanarini şi colab. (2004) pe 290 de subiecţi cu tulburare borderline a demonstrat că 68,7% dintre ei au avut depresie majoră în primii 2 ani de la diagnosticarea lor cu această tulburare de personalitate. După 6 ani de urmărire s-a constatat că ratele tulburărilor de dispoziţie au rămas ridicate în cazul pacienţilor respectivi;
- simptomele depresive apar frecvent la pacienţii borderline. Modelul de comorbiditate poate fi explicat prin aceea că depresia şi tulburarea de personalitate borderline au în comun anumite caracteristici neurobiologice şi neurobiochimice (legate de transportul serotoninei) iar prezenţa unei tulburări poate contribui la dezvoltarea celeilalte (Koenigsberg, 1999);
- simptomele comune ale tulburării de personalitate borderline şi depresiei conduc la dificultăţi de evaluare a relaţiei dintre cele două entităţi nosografice. Există pacienţi depresivi care nu sunt în acelaşi timp şi borderline, după cum există pacienţi borderline fără depresie. Însă, frecvent depresia se întâlneşte în cazul multor pacienţi borderline, iar această formă de depresie se deosebeşte de cea dezvoltată de pacienţii nonborderline. Simptomele depresive cel mai frecvent asociate cu tulburarea borderline (care-i conferă depresiei asociate cu patologia limită anumite caracteristici de unicitate, aceasta numindu-se chiar „depresie de graniţă") sunt: autoblamarea şi autoculpabilizarea, sentimentul de vid interior, teama de abandon, dorinţa de autodistrugere, disperarea, plictiseala şi plângerile somatice (Rogers *et al.*, 2005). Spre deosebire de „depresia pură", cea „de graniţă" implică mai multă impulsivitate, o labilitate afectivă mai mare, crize de furie, dispoziţie depresivă cu durată limitată în timp, precum şi episoade de euforie şi de disforie;
- prevalenţa tulburărilor de personalitate la pacienţii diagnosticaţi cu tulburare depresivă este înaltă. Un studiu (Rossi *et al.*, 2001) realizat pe 117 pacienţi depresivi a arătat că tulburările cele mai răspândite pe axa II au fost: tulburarea de personalitate evitantă (la 31,6% din subiecţi), tulburarea de personalitate borderline (la 30,8%) şi tulburarea obsesiv-compulsivă (la 30,8%). Studiul a concluzionat că asocierea dintre tulburările de dispoziţie şi cele de personalitate este relevantă din punct de vedere clinic;
- ca urmare a tratamentului antidepresiv administrat pacienţilor cu tulburare depresivă, se produc şi evoluţii favorabile ale tulburării co-occuente de personalitate borderline (Fava, 2002).

Stabilirea diagnosticului tulburării de personalitate borderline presupune, aşadar, cunoştinţe solide de psihopatologie şi de psihodiagnoză. Eterogenitatea

clinică a tulburării reclamă, totodată, necesitatea unui diagnostic diferenţial de fineţe, în ceea ce priveşte evaluarea personalităţii subiectului şi relevarea comorbidităţilor (printre care se evidenţiază tulburările dispoziţionale pregnante). De asemenea, în formularea diagnosticului trebuie să se ţină cont de predictorii sociofamiliali şi de contextul evolutiv al tulburării, având în vedere „schiţarea" trăsăturilor borderline încă din copilărie. Vom prezenta, în continuare, manifestările clinice ale tulburării borderline, cu accent pe funcţiunile psihice alterate şi pe predictorii timpurii ai acesteia.

MANIFESTĂRI CLINICE

Tulburarea de personalitate borderline defineşte un „pattern pervaziv de instabilitate a relaţiilor emoţionale, a imaginii de sine, a afectelor şi o impulsivitate accentuată". Ea debutează la vârsta adultă tânără şi este de cinci ori mai frecventă printre rudele de gradul întâi ale pacienţilor cu schizofrenie, comparativ cu populaţia generală (Ionescu, 1997). Se remarcă, în cazul acestei tulburări, polimorfismul manifestărilor clinice, printre care se numără tulburările dispoziţionale, regresia comportamentală, atitudinile paranoide şi prezenţa splittingului (un mecansim defensiv al pacientului bazat pe sentimente de dragoste/ură, care se dezvoltă în mod alternativ).

Manifestările clinice provin din principalele arii ale nevrozelor, psihozelor şi tulburărilor de personalitate, motiv pentru care tulburarea borderline a fost denumită şi „sindrom de graniţă" (între psihoză şi normalitatea psihică), „caracter psihotic", „psihoză de graniţă" sau „schizofrenie pseudonevrotică" (idem). Indivizii borderline pendulează între extremele de idealizare şi devalorizare a propriei persoane sau a celorlalţi (aşa numitul „binom dispoziţional"), au relaţii interpersonale intense şi versatile, sunt schimbători, imprevizibili, se confruntă adeseori cu sentimentul de vid interior (plictiseală, zădărnicie) şi detestă singurătatea (aceasta le provoacă disconfort şi anxietate). Potrivit DSM-IV-R, aceşti pacienţi fac eforturi disperate pentru a evita abandonul real sau imaginar şi comit acte potenţial autoprejudiciante (de exemplu cheltuieli excesive). Instabilitatea afectivă are drept cauză reactivitatea marcantă a dispoziţiei. Iritabilitatea şi anxietatea durează de regulă câteva ore şi nu mai mult de câteva zile. Accesele lor de mânie sunt intense şi au reale dificultăţi în a-şi controla mânia, practică acte autodistructive repetitive (promiscuitate sexuală, mâncatul compulsiv, condusul cu viteză mare) şi pot dezvolta complicaţii psihiatrice precum depresia, suicidul şi abuzul de substanţă. Conceptul de „Sine" este instabil sau slab definit, identitatea de sine fiind nu numai inconsistentă, ci şi puternic dispersată. La unii pacienţi pot fi prezente ideaţia paranoidă sau simptomele disociative severe, tranzitorii, care pot fi puse în legătură cu stresul.

VULNERABILITATE EMOŢIONALĂ

Diverse studii au arătat că pacienţii borderline au o vulnerabilitate emoţională generală, implicând imaturitatea afectivă şi incapacitatea de rezonanţă afectivă.

Reacțiile emoționale intense le sunt declanşate uşor. Diferențele de reactivitate între subiecții borderline şi cei nonborderline au fost măsurate cu ocazia vizualizării unor imagini/stimuli afectogeni. S-a demonstrat, prin monitorizarea răspunsurilor de clipire, a schimbărilor de ritm cardiac şi a nivelului conductanței pielii, că persoanele diagnosticate cu borderline sunt fiziologic mai reactive decât persoanele normale, atunci când li se prezintă diverse indicii emoționale (Limberg *et al.*, 2011). Reacțiile pacienților borderline s-au dovedit a fi similare cu cele din tulburările de stres posttraumatic, comorbiditatea mare dintre cele două tipuri de tulburări fiind descrisă, de altfel, în tratatele de profil.

Un alt studiu a relevat că impulsivitatea pacienților borderline, reliefată prin scorurile obținute la chestionarele de personalitate, apare şi în tulburarea bipolară, alături de alte trăsături comune celor două tulburări, cum ar fi tentativele suicidare, ejacularea precoce şi uzul de substanțe nocive (Swann *et al.*, 2013). Persoanele borderline nu au numai un management deficitar al emoțiilor, ci şi o inteligență socială slab dezvoltată. Aceasta determină afectarea percepției expresiilor emoționale ale persoanelor cu care intră în contact şi chiar o tulburare de recunoaştere a emoțiilor (Gardner, Qualter, 2009). Incapacitatea de rezonanță afectivă amplifică, la rândul ei, disfuncțiile interpersonale.

Imaturitatea afectivă specifică tulburării borderline este explicată prin oprirea timpurie a dezvoltării afective a copilului. Aceasta ar contribui la fragilizarea şi izolarea afectivă a persoanei în cauză, la opinia depreciativă a acesteia despre propria persoană, la solitudinea ei depresivă, la tendințele agresive slab controlate, la Ego-ul slab al acesteia, la Super-Ego-ul ei vindicativ, la apărările deficitare ale sinelui (Prodgers, 1984). În legătură cu deficitele menționate, au fost puse atât actele de maltratare suferite în copilărie, cât şi privarea copilului de dragostea maternă, înainte ca acesta să-şi însuşească limbajul.

Pentru a desemna amploarea tulburărilor emoționale din sfera borderline este utilizat şi termenul de „haos interior". Astfel, tulburarea borderline are o textură psihopatologică distinctă, bazată pe o istorie îndelungată de suferințe şi de comportamente cronice autodistructive. Pacienții cu această tulburare pot părea relativ normali în întâlnirile sociale şi în contactele interumane superficiale, formale. Chiar dacă unii sunt catalogați ca fiind „mai neobişnuiți" şi „mai dramatici" comparativ cu alți oameni, ei par a avea „fațete sociale intacte" (Sansone şi Sansone, 2010). Însă, acest „furnir" de adaptare socială este unul subțire, deoarece sub el se găseşte „haosul interior" (idem). Cercetările au mai arătat că instabilitatea emoțională, managementul deficitar al impulsurilor şi stilurile cognitive disfuncționale pot ține şi de anumite vulnerabilități biologice de bază, transmise genetic.

Din cauza problemelor emoționale, infractorii cu tulburare borderline au un risc mai mare de recidivă decât cei nediagnosticați cu această tulburare, relevă un alt studiu, desfăşurat într-o închisoare americană (Black *et al.*, 2007). Alte caracteristici asociate patologiei de graniță, identificate în studiul citat, privesc: probabilitatea mai mare de a se căsători a persoanelor cu tulburare de personalitate borderline, scorurile mai mari la chestionarele privind riscul de sinucidere, scorurile mai înalte de anxietate, tratamentele de sănătate mintală în antecedente

(tulburări de alimentație), o calitate a vieții mai scăzută decât cea a persoanelor nonborderline. Studiul concluzionează că tratamentul tulburării borderline în închisoare scade riscul de recidivă al deținuților cu acest diagnostic.

În ceea ce priveşte terapia pacienților borderline, ea ar trebui să se centreze pe eliminarea emoțiilor negative, susțin cercetările de gen (Zaki, 2013). Un mai bun management al emoțiilor, precum şi diferențierea emoțiilor negative de cele pozitive ar putea reduce comportamentele de autovătămare (aceste comportamente reflectă o funcție dezadaptativă de speță emoțională).

ALTE FUNCȚIUNI PSIHICE ALTERATE ÎN TULBURAREA BORDERLINE

Pe lângă vulnerabilitatea emoțională generală, descrisă anterior, pacienții borderline pot înfățişa scheme cognitive dezadaptative, deficit de atenție şi experiențe amnezice.

Studiile întreprinse în cazul femeilor cu patologie de graniță, încarcerate în închisorile americane, au indicat prezența unor scheme cognitive dezadaptative, preponderent negative, cu privire la propria persoană, la ceilalți oameni şi la situații (Specht *et al.*, 2009). Nu a putut fi stabilită însă o relație directă între abuzurile suferite în copilărie, cogniții disfuncționale şi severitatea tulburării borderline. Din această gândire negativă (care conduce la cogniții sociale deficitare şi la o „mentalizare" excesivă), la care se asociază disfuncțiile emoționale puternice şi percepțiile greşite, excesiv de polarizate, ar decurge problemele interpersonale ale subiecților borderline (Arntz şi Haaf, 2012), ca şi tulburările lor de comportament (Sharp *et al.*, 2011). În categoria schemelor cognitive dezadaptative, alți autori au inclus: deficitele marcante în integrarea informațiilor sociale, antagonismul interpersonal şi suspiciunea crescută față de oameni şi situații (Minzenberg, 2006).

Deficitul de atenție, alături de traumele psihologice, este un factor de risc pentru tulburarea borderline, explicând 48% din varianța diagnosticului de patologie specifică, a relevat un studiu întreprins pe 86 de copii de vârstă şcolară internați la psihiatrie. În afara acestor factori au fost identificate şi o serie de vulnerabilități neurobiologice care ar determina deficitul de atenție menționat (Zelkowitz *et al.*, 2001). Hiperreactivitatea cu deficit de atenție (ADHD) a fost identificată ca antecedent psihiatric şi în cazul infractorilor cu tulburare borderline (Black *et al.*, 2007).

Amnezia pacienților borderline captează, la rândul lor, interesul cercetătorilor. Aceasta apare pe fondul experiențelor disociative. Astfel, pacienții borderline au o gamă mai largă de experiențe disociative decât sunt de obicei recunoscute, inclusiv experiențe de absorbție şi de amnezie, precum şi experiențe de depersonalizare (Zanarini *et al.*, 2000). Ei raportează experiențe disociative de intensitate diferită (de la un nivel scăzut, până la un nivel moderat sau ridicat), similare celor raportate de pacienții care îndeplinesc criteriile pentru tulburarea de stres posttraumatic sau pentru tulburările disociative. Cu alte cuvinte, în momente de stres intens, pacienții borderline îşi dezvoltă acest mecanism defensiv care le permite „evadarea" din

situație, bazat pe amnezie și depersonalizare. Tot ca răspuns la stres, la pacienții borderline au mai fost remarcate și creșteri semnificative ale nivelului de cortizol.

PREDICTORII TULBURĂRII BORDERLINE

Tulburarea de personalitate borderline a fost studiată mai ales pe adulți, investigațiile vizând cursul și consecințele ei, fără a se fi luat în calcul istoricul acesteia. Abia în ultimii ani, accentul cercetărilor a fost pus pe determinarea „precursorilor" trăsăturilor borderline la vârste cât mai timpurii. Studiile de acest tip (cu scop declarat de prevenție/intervenție/corecție), caută să răspundă mai multor întrebări: au existat în copilărie anumite caracteristici ale individului sau ale mediului social în care acesta s-a dezvoltat, susceptibile să conducă la tulburarea borderline? Care sunt factorii asociați cu apariția patologiei psihiatrice de graniță? Care sunt particularitățile emoționale ale copiilor predispuși la o astfel de tulburare în viața adultă? Vom examina, în cele ce urmează, răspunsurile pe care le oferă acestor întrebări unele dintre cele mai noi studii în domeniu.

Numeroase studii s-au centrat, așa cum am arătat anterior, pe identificarea unor simptome-precursori ai tulburării borderline, încă de la cele mai fragede vârste. Scopul acestor studii este dezvoltarea unor strategii timpurii de prevenție, care să reducă sarcina de îngrijire psihiatrică și utilizarea serviciilor sociale, în cazul adulților care dezvoltă această tulburare.

Pentru început, trebuie să precizăm că, la vârsta infantojuvenilă, tulburările de personalitate sunt denumite tulburări de comportament. Însă, toate tulburările de personalitate, printre care și cea de tip borderline, sunt anunțate, schițate din copilărie. Ele se cristalizează la adolescență odată cu structurarea personalității, însoțindu-l pe individ de-a lungul întregii sale existențe (Ionescu 1997). Cu alte cuvinte, un model dezadaptativ de personalitate nu apare din neant, el nu este rezultatul direct al unui stres trăit de adult, ci se construiește în timp. De pildă, copiii agresați sunt considerați a fi „preborderline". Ei au imagini ambivalente despre ei înșiși și despre alții, se tem să nu fie abandonați de mamele lor (mame inconsecvente, insensibile și nonempatice, care le descurajează statornicia). Totodată, acești copii se confruntă cu dileme aparent nerezolvabile, au un comportament dezinhibat, provin din familii marcate de un nivel ridicat de psihopatologie sau din familii cu stiluri parentale disfuncționale și au atitudini contradictorii față de părinți, mergând de la dragoste la ură. Disfuncțiile emoționale și impulsivitatea s-au înfățișat ca fiind două trăsături centrale, relevante, ale copiilor cu patologie borderline timpurie (Gratz *et al.*, 2011). Cele două trăsături s-au dovedit indisolubil legate de abuzul emoțional, ca factor de stres major în viața copilului.

Mai târziu, în adolescență, printre simptomele tulburării de personalitate borderline se remarcă aceeași dezinhibiție comportamentală, pe lângă care intervin adeseori consumul de alcool și dependența de droguri (Houston, 2004). Prezența personalității borderline în rândul persoanelor cu tulburări de substanță este un fenomen comun, utilizatorii de droguri raportând adesea că au fost maltratați în

copilărie (abuz sexual, fizic/bătăi și emoțional; neglijare emoțională și fizică), ceea ce le-a dereglat sistemul emoțional, în care predominante sunt afectele/trăirile negative și impulsivitatea/reactivitatea (Gratz *et al.*, 2008).

Atât în cazul copiilor, cât și în cel al adolescenților „preborderline" s-au constatat riscuri mai mari de abandon școlar (Tull, Gratz, 2012). De asemenea, adolescenții cu patologie de graniță s-au remarcat prin abandonul prematur al tratamentului pentru abuzul de substanțe.

Studiile de psihiatrie infantilă au mai arătat că elementele de personalitate de tip borderline identificate la adolescenți sunt comparabile cu cele ale adulților. Mai mult, se pare că există un subgrup de adolescenți pentru care diagnosticul de tulburare borderline rămâne constant în timp și un alt subgrup cu simptome mai puțin severe, care „se mișcă în interiorul și în afara diagnosticului" (Miller și Muehlenkamp, 2008).

Femeile borderline au avut, la rândul lor, un risc crescut de sarcini în adolescență. Severitatea sindromului de graniță a fost asociată cu aceste sarcini neplanificate, iar graviditatea a intensificat simptomele (De Gena *et al.*, 2012). La femeile cu această tulburare apar, frecvent, și tulburări de imagine corporală. Un studiu întreprins pe 89 de femei cu tulburare de personalitate borderline (din care 49 cu tulburări de alimentație persistente), a arătat că 43 dintre acestea au suferit abuzuri sexuale în copilărie; pe seama acestor abuzuri au fost puse perturbările cognitiv-afective și de comportament alimentar (Dyer *et al.*, 2013).

Copiii cu patologie de graniță borderline au avut în istoricul lor rate mai mari de abuz fizic, de abuz sexual, de neglijare severă și de criminalitate parentală, comparativ cu copiii sănătoși, a relevat un studiu întreprins de Guzder *et al.* (1999), pe 94 de copii împărțiți în două grupuri, respectiv un grup cu patologie de graniță (N = 41) și un grup nonborderline (N = 53). Patologia copiilor a fost evaluată cu ajutorul unei versiuni computerizate a Interviului Clinic Structurat pentru DSM-III-R. De asemenea, subiecților le-au mai fost aplicate un chestionar vizând aspectele psihosociale ale dezvoltării lor și un chestionar de verificare a comportamentului. Studiul a mai relevat că patologia de graniță corelează cu tulburările de comportament și că printre factorii de risc ai acesteia se numără, alături de cei menționați, și destrămarea familiei.

Într-un studiu anterior, realizat prin examinarea a 98 de copii (din care 41 incluși în eșantionul borderline), Gudzer *et al.* (1996) relevaseră insuficiența funcțională severă a copiilor cu patologie de graniță. În cazul eșantionului borderline, antecedentele identificate au fost: abuzul fizic (bătăi, maltratare) și sexual în familie, disfuncția parentală, consumul de substanțe interzise al părinților, criminalitatea acestora și neglijarea severă a copilului. Autorii citați au subliniat că astfel de predictori sociofamiliali pot fi regăsiți și în cazul adulților diagnosticați cu tulburare de personalitate borderline.

Stilurile parentale detașate, respectiv protectoare, abandonul copilului, abuzul copilului (frecvent și sever), ca și furia dezvoltată de copil înainte de 18 ani sunt predictori semnificativi, nu numai pentru tulburarea de personalitate borderline, cât și pentru tulburarea antisocială (Lobbestael, Arntz și Sieswerda, 2005). Prezența acestor antecedente este mai mare la persoanele diagnosticate cu aceste două

tulburări de personalitate, decât la indivizii fără tulburări de personalitate. Un alt studiu pe tema rolului evenimentelor de viață traumatizante în dezvoltarea tulburării de personalitate borderline a relevat că frecvența experiențelor traumatice din copilărie este mai mare la pacienții borderline, comparativ cu persoanele nonborderline, printre acestea numărându-se abuzul sexual, violența, separarea de rude, boli în copilărie, considerate „traume severe" (Bandelow *et al.*, 2005). Pacienții borderline au raportat rate mai mari de tulburări psihice în familie (în special anxietate, depresie și tendințe de suicid), stiluri parentale nefavorabile, precum și faptul că au fost născuți prematur. Concluzia acestui studiu a fost aceea că etiologia borderline este una multifactorială. Prin regresie logistică s-au conturat următorii factori de risc: evenimentele traumatice din copilărie, separarea de părinți sau de unul din părinți, divorțul părinților, boala, infirmitățile fizice și mediul social (familii violente, abuz sexual asupra copilului).

De altfel, abandonul copilului și întreruperea școlii s-au reliefat ca predictori comuni ai tulburării borderline, ai tulburărilor de alimentație, ca și ai tulburării de personalitate de tip evitant (De Panfilis *et al.*, 2012); cunoașterea acestor predictori ar permite instituirea unor măsuri de prevenție pentru toate cele trei tipuri de tulburări. Tot legat de mediul familial, s-a demonstrat că descendenții mamelor cu tulburare borderline au o stimă de sine scăzută, o prevalență mai mare a problemelor emoționale; în plus, aceștia își percep propriile mame ca având tendința de a fi excesiv de protectoare (Barnow *et al.*, 2006).

Prezența unor modele asemănătoare de personalitate borderline, la copii și la părinții acestora, a fost suprinsă prin evaluarea a 56 de pacienți cu tulburare borderline și a părinților lor, utilizând aceleași inventare de temperament și de caracter. Studiul a concluzionat că aceste similarități pot fi legate de transmiterea genetică și de dinamica familiei (Fassino *et al.*, 2009).

În ceea ce privește divorțul, acesta este susceptibil, potrivit literaturii de profil, să determine tulburări psihopatologice specifice la copii și adolescenți. Printre acestea se numără tulburările de dezvoltare, tulburările de personalitate, nevrozele, tulburările depresive, tulburările de comportament și dificultățile de învățare. Separarea părinților pare a fi deci un factor de risc pentru patologie psihiatrică la copii și adolescenți, fără a putea fi stabilită însă o cauzalitate lineară între divorț și problemele de sănătate mintală, concluzionează un studiu tunisian realizat pe 84 de copii și adolescenți și pe 300 de părinți consultați psihologic (Ayadi *et al.*, 2002).

Copiii ai căror părinți divorțează sunt predispuși stresului și suferințelor psihologice, mai ales atunci când părinții sunt în conflict deschis. Aceste suferințe iau adeseori forma stresului, însă ele pot, in extremis, să îmbrace forma „abuzului emoțional" sau al relelor tratamente psihologice aplicate copilului. Printre comportamentele dăunătoare pe care le poate adopta copilul se numără: înclinația acestuia de a se sacrifica de dragul părinților și în special pentru cel mai „slab" dintre părinți; tendința copiilor de a ajunge la acorduri între ei cu privire la modul în care „își împart" părinții; asumarea de către copil a rolului de substitut pentru celălalt părinte; refugiul copilului în activități dăunătoare (Klosinski, 1993).

CONCLUZII

În ceea ce privește etiopatogenia tulburării de personalitate borderline, cercetătorii sunt de acord cu faptul că aceasta este un fenomen multidimensional, plurideterminat. La originea ei stau factori biologici (vulnerabilități neurobiologice și neurobiochimice – dereglarea sistemului serotoninic), factori intrapersonali (personalitatea premorbidă, „preborderline"), factori interpersonali (relații disfuncționale cu familia și cu alți oameni) și psihosociali (abuzul emoțional, sexual, maltratarea copilului, stresul legat de evenimentele nefavorabile ale vieții).

Copiii și adolescenții „preborderline", crescuți într-un mediu familial disfuncțional, abuzați fizic, sexual și/sau emoțional, riscă să dezvolte o patologie psihiatrică severă în viața adultă. Tratamentul în cazul acestora poate fi instituit încă de la cele mai fragede vârste, dacă se cunosc predictorii sociofamiliali ai tulburării de personalitate borderline. Considerăm că tratamentul precoce al copiilor și adolescenților „preborderline", aflați în situație de risc familial, poate preveni dezvoltarea unei psihopatologii severe. De asemenea, tratamentul tulburării borderline în penitenciare poate fi justificat prin scăderea riscului de recidivă. Depresia majoră, tentativele de suicid și comportamentele parasuicidare reprezintă complicații frecvente ale acestei tulburări.

BIBLIOGRAFIE

1. ARNTZ, A., HAAF, J., *Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for dichotomous thinking but no evidence for less complex attributions*, Behaviour Research and Therapy, **50**, *11*, 2012, p. 707-718.
2. AYADI, H., MOALLA, Y., AHMED, B., A WALHA, A. *et al.*, *Divorce parental et troubles psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent*, Étude comparative tunisienne, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, **50**, *2*, 2002, p. 121-127.
3. BANDELOW, B., KRAUSE, J., WEDEKIND, D., BROOCKS, A. *et al.*, *Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls*, Psychiatry Research, **134**, *2*, 2005, p. 169-179.
4. BARNOW, S., SPITZER, C., GRABE, H. J., KESSLER, C., FREYBERGER, H. J., *Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **45**, *8*, 2006, p. 965-972.
5. BLACK, D. W., GUNTER, T., ALLEN, J., BLUM, N. *et al.*, *Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison*, Comprehensive Psychiatry, **48**, *5*, 2007, p. 400-405.
6. De GENNA, N. M., FESKE, U., LARKBY, C., ANGIOLIERI, T., GOLD, M. A., *Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder*, Women's Health Issues, **22**, *4*, e371-e377.
7. De PANFILIS, C., MARCHESI, C., CABRINO, C., MONICI, A. *et al.*, *Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care for borderline personality disorder*, Psychiatry Research, **200**, *2–3*, 2012, p. 422-429.
8. DYER, A., BORGMANN, E., FELDMANN R. Jr., KLEINDIENST, N. *et al.*, *Body image disturbance in patients with borderline personality disorder: Impact of eating disorders and perceived childhood sexual abuse*, Body Image, **10**, *2*, 2013, p. 220-225.
9. DSM-IV, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.
10. FASSINO, S., AMIANTO, F., GASTALDI, F., ABBATE-DAGA, G. *et al.*, *Personality trait interactions in parents of patients with borderline personality disorder: A controlled study using the Temperament and Character Inventory*, Psychiatry Research, **165**, *1-2*, 2009, p. 128-136.

11. FRANK, E., *Treating Bipolar Disorder: A clinician's guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*, New York, The Guilford Press, 2005.
12. FAVA M., FARABAUGH A. H, SICKINGER A. H., WRIGHT E. *et al.*, *Personality disorders and depression*, Psychol. Med., **32**, *6*, 2002, p. 1049-57.
13. GARDNER, K., QUALTER, P., *Emotional intelligence and Borderline personality disorder*, Personality and Individual Differences, **47**, *2*, 2009, p. 94-98.
14. GHEBAUR, L., PRELIPCEANU, D., *Tulburarea depresivă secundară în practica clinică psihiatrică*, Revista română de psihiatrie, **IX**, *1*, 2007 (seria a III-a).
15. GRATZ, K. L., LATZMAN, R. D., TULL, M. T., REYNOLDS, E. K., LEJUEZ, C. W., *Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits*, Behavior Therapy, **42**, *3*, 2011, p. 493-508.
16. GRATZ, K. L., TULL, M. T., BARUCH, D. E., BORNOVALOVA, M. A., LEJUEZ, C. W., *Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation*, Comprehensive Psychiatry, **49**, *6*, 2008, p. 603-615.
17. GUZDER, J., PARIS, J., ZELKOWITZ, P., FELDMAN, R., *Psychological risk factors for borderline pathology in school-age children*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **38**, *2*, 1999, p. 206-212.
18. GUZDER, J., PARIS, J., ZELKOWITZ, P., MARCHESSAULT, K., *Risk Factors for Borderline Pathology in Children*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **35**, *1*, 1996, p. 26-33.
19. HOUSTON, R. J., BAUER, L. O., HESSELBROCK, V. M., *Effects of borderline personality disorder features and a family history of alcohol or drug dependence on P300 in adolescents*, International Journal of Psychophysiology, 53, *1*, 2004, p. 57-70.
20. IONESCU, G., *Tulburările personalității*, București, Editura Asklepios, 1997.
21. KLOSINSKI, G., *Psychological maltreatment in the context of separation and divorce*, Child Abuse & Neglect, **17**, *4*, 1993, p. 557-563.
22. KOENIGSBERG, H. W., ANWUNAH I., NEW A. S., MITROPOULOU V. *et al.*, *Relationship between depression and borderline personality disorder*, Depress Anxiety, **10**, *4*, 1999, p. 158-67.
23. LIMBERG, A., BARNOW, S., FREYBERGER, H. J., HAMM, A. O., *Emotional vulnerability in borderline personality disorder is cue specific and modulated by traumatization*, Biological Psychiatry, **69**, *6*, 2011, p. 574-582.
24. LYONS-RUTH, K., CHOI-KAIN, L., PECHTEL, P., BERTHA, E., GUNDERSON, J., *Perceived parental protection and cortisol responses among young females with borderline personality disorder and controls*, Psychiatry Research, **189**, *3*, 2011, p. 426-432.
25. LOBBESTAEL, J., ARNTZ, A., SIESWERDA, S., *Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, **36**, *3*, 2005, p. 240-253.
26. MILLER, A. L., MUEHLENKAMP, J. L., COLLEEN M. JACOBSON, *Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents*, Clinical Psychology Review, **28**, *6*, 2008, p. 969-981.
27. MINZENBERG, M. J., POOLE, J. H., VINOGRADOV, S., *Social-emotion recognition in borderline personality disorder*, Comprehensive Psychiatry, **47**, *6*, 2006, p. 468-474.
28. PRODGERS, A., *Psychopathology of the physically abusing parent: A comparison with the borderline syndrome*, Child Abuse & Neglect, **8**, *4*, 1984, p. 411-424.
29. REISER, R., THOMPSON, L. W., *Bipolar Disorder: Advances in Psychotherapy- Evidence Based Practice*, Hogrefe & Huber Publishers, Cambridge, MA, 2005.
30. ROGERS, J. H., WIDIGER T. A., KRUPP, A., *Aspects of depression associated with borderline personality disorder*, Am. J. Psychiatry., **152**, *2*, 1995, p. 268-70.
31. ROSSI, A., MARINANGELI, M. G., BUTTI, G., SCINTO A. *et al.*, *Personality disorders in bipolar and depressive disorders*, J. Affect. Disord., **65**, 1, 2001, p. 3-8.
32. SANSONE, R. A., SANSONE, L. A., *Borderline personality and eating disorders: A chaotic crossroads treatment of eating disorders*, în MAINE, M., BUNNELL, D., MCGILLEY, B. (Eds.), *Special Issues in the Treatment of Eating Disorders: Bridging the Gaps*. New York, Elsevier 2010, p. 217-232.
33. SHARP, C., PANE, H., HA, C., VENTA, A., PATEL *et al.*, *Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits*, Journal of the American Academy o Child & Adolescent Psychiatry, **50**, *6*, 2011, p. 563-573.
34. SPECHT, M. W., CHAPMAN, A., CELLUCCI, T., *Schemas and borderline personality disorde symptoms in incarcerated women*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, **40** *2*, 2009, p. 256-264.
35. SWANN, A. C., LIJFFIJT, M., LANE, S. D., STEINBERG, J. L, MOELLER, F. G., *Antisocia personality disorder and borderline symptoms are differentially related to impulsivity and cours of illness in bipolar disorder*, Journal of Affective Disorders, **148**, *2-3*, 2013, p. 384-390.
36. TULL, M. T., GRATZ, K. L., *The impact of borderline personality disorder on residentia substance abuse treatment dropout among men*, Drug and Alcohol Dependence, **121**, *1-2*, 2012 p. 97-102.
37. ZAKI, L. F., COIFMAN, K. G., RAFAELI, E., BERENSON, K. R., DOWNEY, G., *Emotion differentiation as a protective factor against nonsuicidal self-injury in borderline personalit disorder*, Behavior Therapy, **44**, *3*, 2013, p. 529-540.
38. ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., HENNEN, J., REICH, D. B., SILK, K. R., *Axis comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction o time to remission*, Am. J. Psychiatry, **161**, *11*, 2004, p. 2108-14.
39. ZANARINI, M. C., RUSER, T., FRANKENBURG, F. R., HENNEN, J., *The dissociativ experiences of borderline patients*, Comprehensive Psychiatry, **41**, *3*, 2000, p. 223-227.
40. ZANARINI, M. C., *Childhood experiences associated with the development of borderlin personality disorder*. Psychiatric Clinics of North America, **23**, *1*, 2000, p. 89-101.
41. ZELKOWITZ, P., PARIS, J., GUZDER, J., FELDMAN, R., *Diatheses and stressors i borderline pathology of childhood: The role of neuropsychological risk and trauma*, Journal o the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **40**, *1*, 2001, p. 100-105.

Capitolul 16

DEPRESIA, TULBURARE COMUNĂ A DEȚINUȚILOR

DOINA ŞTEFANA SĂUCAN*,
MIHAI IOAN MICLE

Privarea de libertate are drept consecință obligatorie îngrădirea alegerilor pe care o persoană le poate face de obicei atunci când este liberă. Odată încarcerați, deținuții nu mai sunt liberi să decidă unde să trăiască, cu cine să se însoțească şi cum să-şi petreacă viața. Comunicarea cu familia şi prietenii este limitată şi de cele mai multe ori lipsită de intimitate (Blaauw şi Van Marle, 2007).

S-a estimat (Petersilia, 2003) că unul din şase deținuți suferă de o boală mintală, depresia fiind cea mai frecventă dintre ele şi manifestându-se mai ales la femei. Morbiditatea mintală este agravată atât de factorii externi, cât şi de cei interni. În ceea ce priveşte factorii externi, aici se pot încadra cei care au legătură cu mediul penitenciar: supraaglomerarea, lipsa de curățenie şi condițiile neigienice de viață, mâncarea de slabă calitate, îngrijire medicală precară, neadecvată, agresiune verbală şi fizică din partea celorlalți deținuți, lipsa activităților cu scop prestabilit, prezența drogurilor, fie singurătatea forțată sau lipsa intimității, a timpului de relaxare în linişte. Factorii interni, cu un rol major în declanşarea acestei tulburări, sunt în majoritatea lor de factură emoțională, deținuții putând avea sentimente de vinovăție sau de ruşine legate de faptele penale comise. Ei trăiesc de multe ori stigmatul „puşcăriaşului", sunt îngrijorați de impactul comportamentului lor asupra altor persoane apropiate, precum membrii familiei sau prietenii. Aceste emoții negative sunt însoțite de anxietatea provocată de ideea că viața lor de după eliberare nu va mai fi precum cea de dinainte de condamnare.

DINCOLO DE GRATII: VULNERABILITATEA FEMEILOR AFLATE ÎN ÎNCHISOARE

Starea psihologică de bine a deținuților este poate o problematică mai puțin cercetată. Conform lui Wooldredge (1999), starea psihologică de bine este considerată ca reflectând percepția deținuților privind nesiguranța, stresul, depresia, supărarea, stima de sine scăzută şi singurătatea resimțită în timpul detenției. Este pe deplin explicabil de ce orice persoană aflată în penitenciar prezintă un risc de a dezvolta depresie. Dar este nevoie ca depresia să fie înțeleasă din perspectiva unei

* Institutul de Filosofie şi Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru", Departamentul de Psihologie, Calea 13 Septembrie nr. 13, sector 5, Bucureşti; e-mail: doina_saucan@yahoo.com.

boli mintale. Depresia este una dintre bolile psihice cele mai comune; ea apare în general ca episod unic sau ca o serie de episoade. Oamenii care suferă de această boală pot manifesta nu numai o dispoziție depresivă, ci şi pierderea interesului pentru activitățile obişnuite, precum şi letargie. Apar dificultăți de concentrare şi de luare chiar şi a celor mai simple decizii. Apar, de asemenea, pierderea speranței, sentimentul de inutilitate şi neputință. Depresiile severe sunt destul de des însoțite de simptome precum iluzia, iar persoanele care trec prin aceste episoade prezintă gânduri suicidare şi un risc crescut de sinucidere (Hill *et al.*, 2004). Principala tulburare în depresie este schimbarea dispoziției sau a stării afective.

Majoritatea episoadelor depresive tind să fie recurente, fiind adeseori legate de evenimente sau de situații stresante. Printre simptomele cele mai obişnuite ale depresiei putem enumera: pierderea interesului, oboseală accentuată chiar şi după un efort minim, capacitate de concentrare redusă, nivelul scăzut al stimei de sine şi al încrederii în sine, idei de vinovăție, vederi sumbre şi pesimiste privind viitorul, gânduri de autovioleță sau/şi suicidare, tulburări de somn, de apetit şi de activitate sexuală.

Tulburările depresive afectează în jur de 5% din populația adultă. Pacienții cu un episod depresiv uşor au dificultăți în a-şi continua activitatea obişnuită, dar nu vor înceta să funcționeze complet. Pacienții cu episoade depresive severe au afectată funcționarea biologică şi experimentează o suferință considerabilă. Starea depresivă variază de la o zi la alta şi adeseori nu are legătură cu circumstanțele (WHO 1992, Murthy *et al.*, 2005).

Cât priveşte depresia deținuților, o serie de cercetări derulate în Anglia prin anii '90 (Gunn *et al.*, 1990; Maden *et al.*, 1994) au remarcat o rată destul de mare a problemelor nevrotice (incidență mergând de la 27% la 91%), manifestate sub forma tulburărilor de somn, a depresiei, neliniştii, a oboselii şi iritabilității. În 2003, Birmingham a elaborat un studiu ale cărui rezultatele au evidențiat faptul că la 25% dintre deținuții bărbați şi la mai mult de o treime dintre femei, subiecți aflați în penitenciare, este prezentă depresia (Birmingham, 2003). Acelaşi autor, într-o altă cercetare din 1996 (Birmingham, 2003), a evidențiat prevalența tulburărilor mintale şi nevoia de tratament psihiatric pentru deținuții din centrele de arest preventiv, într-o închisoare pentru bărbați din Durham. Pentru acest studiu a fost folosit un interviu semi-structurat, care avea la bază instrumente psihiatrice bine validate. Tulburările mintale, inclusiv abuzul de substanțe, erau prezente la 26% dintre deținuți (148 din totalul de 569) la momentul încarcerării acestora în penitenciar.

Oficiul Național de Statistică pentru penitenciare din Anglia (Singleton *et al.*, 1998) a derulat un studiu amplu care a inclus deținuți din toate penitenciarele englezeşti. S-a remarcat că prevalența tulburărilor psihiatrice era considerabil mai mare decât în cazul populației aşa zis „civile". Tulburările nevrotice (supărare, îngrijorare, iritabilitate, depresie, tulburări de somn şi oboseală) au fost identificate în cazul a 40% dintre bărbații condamnați la pedepse cu executarea în penitenciar, la 78% dintre bărbații aflați în arest preventiv; la 63% dintre femeile condamnate şi la 76% dintre cele aflate în arest preventiv. Putem remarca faptul că de aceste tulburări suferă mai multe femei condamnate sau aflate în arest preventiv decât bărbați.

Biroul de Statistică Judiciară din Statele Unite (James *et al.*, 2006) a condus, la rândul său, trei investigații, începând cu 2002. În anul respectiv au fost intervievați deținuți din penitenciarele locale, iar în 2004, deținuții de pe întreg teritoriul Statelor Unite ale Americii. A fost luat în calcul istoricul privind boala mentală pe ultimele 12 luni anterioare intrării în penitenciar, precum și orice diagnosticare clinică sau tratament acordat de un specialist în boli psihiatrice. Acest studiu a inclus un interviu clinic structurat modificat pentru DSM – IV. S-a constatat că, în conformitate cu definiția din DSM – IV, 56% dintre deținuții aflați pe teritoriul Statelor Unite aveau probleme de sănătate mintală, în vreme ce numai 45% dintre cei aflați în închisorile federale și 64% dintre deținuții din închisorile locale prezentau astfel de simptome. Tulburările depresive majore erau prezente la 24% din deținuții din penitenciarele de stat, la 16% din cei din penitenciarele federale și la 30% din penitenciarele locale în timpul ultimului an de la data depunerii în penitenciare.

Deținuții suferinzi își percep propria depresie ca pe o slăbiciune personală. Ei pot manifesta reticență în a-și discuta sentimentele legate de stigmatul identitar asociat bolii mentale. Cei responsabili cu observarea și terapia bolilor mintale de care suferă persoanele închise pentru ispășirea pedepsei pot ajuta/trebuie să ajute la atenuarea stresului resimțit de pacienții diagnosticați cu depresie și cu alte boli mintale asociate, scoțând în evidență faptul că depresia este o boală comună cu șanse mari de vindecare, chiar dacă cei care suferă de ea se află într-un mediu specific.

STRESUL POSTTRAUMATIC ASOCIAT DEPRESIEI LA FEMEILE CONDAMNATE PENTRU UCIDEREA PARTENERULUI DE VIAȚĂ

Adaptarea la închisoare este aproape întotdeauna dificilă și creează în timp obiceiuri disfuncționale de a gândi și de acționa, ceea ce îngreunează acomodarea la mediul penitenciar. Efectele psihologice ale încarcerării variază de la individ la individ, fiind adesea reversibile. Nu fiecare individ care este încarcerat capătă o tulburare sau este psihologic afectat de pedeapsa cu închisoarea. Însă sunt foarte puțini aceia care rămân complet neschimbați sau neafectați de acest tip de experiență. Experiența penitenciarului este cel puțin dureroasă, iar deținuții suferă adeseori consecințe pe termen lung, pentru că au fost agresați, deprivați, au fost obligați să adopte patternuri atipice sau/și norme de trai și de interacțiune cu ceilalți.

Termenul „instituționalizare" se folosește pentru descrierea procesului prin care deținuții sunt modelați și transformați de mediile instituționale în care trăiesc. Numită uneori „prizonizare", atunci când are loc în mediile corecționale, aceasta este expresia concisă pentru efectele psihologice negative ale închiderii în penitenciar. Acest proces a fost studiat pe larg de sociologi, psihologi, psihiatri și de alți specialiști, implicând un set unic de norme de adaptare psihologică în grade diferite ca răspuns la cerințele speciale ale vieții în închisoare. Disfuncționalitatea acestor adaptări nu este de natură neapărat „patologică" chiar dacă, în termeni practici, ea ar putea avea efecte distructive. Adaptările sunt reacții „normale" la un set de condiții patologice care devin problematice atunci când sunt aplicate pe

durată lungă, devenind cronice ori profund internalizate, așa-numitele patternuri contraproductive (Haney, 2001).

Indivizii devin gradual mai obișnuiți cu restricțiile pe care viața instituționalizată le impune. Mecanismele psihologice care trebuie să fie folosite pentru a ajusta, uneori chiar pentru a supraviețui în mediile dure și periculoase, devin din ce în ce mai „naturale" și într-o oarecare măsură internalizate. Procesul de instituționalizare poate fi subtil și dificil de interpretat, așa cum se petrece el în realitate. Foarte puține din persoanele închise în penitenciare conștientizează ceea ce li se întâmplă. Astfel, deținuții nu aleg de bunăvoie să permită transformărilor psihologice nedorite să aibă loc.

Numărul femeilor închise pentru diverse infracțiuni crește pretutindeni în lume și devine din ce în ce mai acută nevoia ca instituțiile statului, precum și cele comunitare, să-și manifeste preocuparea pentru felul în care aceste femei se adaptează la acest nou univers de viață. Problemele deținutelor privind asumarea responsabilității, asociate tendinței pe care acestea o au de a-și face rău sieși sau celorlalți, interesele umanitare pentru sănătatea fizică și mentală a acestor femei, precum și interesul pentru reabilitarea lor în vederea reîntoarcerii în deplină siguranță în comunitățile din care au plecat, ar justifica nevoia de a înțelege experiența acestor femei. Ignorarea tuturor acestor probleme, sub pretextul că cercetarea pe diferite segmente de populație penitenciară este un lux nejustificat, în condițiile în care femeile sunt destul de puține în închisoare și se adaptează mai ușor la noile condiții de trai în recluziune, este tot mai frecvent condamnată. Cele câteva studii comparative din anii '80 și '90 demonstrează diferențe semnificative în ceea ce privește patternurile de adaptare la mediul penitenciar ale femeilor și ale bărbaților (Koban, 1983; Linquist and Linquist, 1997; Sobel, 1982).

Ca o consecință a evenimentelor traumatizante, femeile care au fost obiectul violenței din partea persoanelor apropiate, înainte de depunerea în penitenciar, pot manifesta reacții emoționale precum: șocuri, lipsă de încredere, frică și/sau anxietate, dezorientare, negare, vivacitate extremă, iritabilitate, instabilitate emoțională, confuzie, gânduri intruzive, senzația de repetare a evenimentelor traumatice, stări de panică, nefericire, predispoziția spre evitare a orice poate fi asociat traumei, patternuri de izolare, detașare, dificultăți de concentrare și de memorie, sentimente de vinovăție de sine sau pedepsire, un interes diminuat pentru activitățile zilnice etc. Uneori, evenimentele traumatice pot fi destul de subtile și par la prima vedere puțin serioase, însă, atunci când sunt acumulate într-o perioadă mai lungă, putem vorbi despre evenimente traumatice pasive (Meares, 2000) și despre un impact profund pe termen lung asupra sinelui și a identității de sine.

Organismul poate reacționa inconștient la emoții fiind conectat la evenimentele traumatice prin dezvoltarea adicției la droguri și alcool (Cameron, 2000). Multe cercetări au reliefat o relație între trauma psihosocială și tulburarea de personalitate antisocială (Martens, 2004). Martens adaugă la definiția traumei psihice, idei la care noi aderăm fără rezerve: trauma este o experiență de viață care conduce în mod involuntar la o schimbare radicală a vieții persoanei, la deficite emoționale, sociale sau morale și probabil la sentimente de pierdere a vechilor abilități. Trauma are un impact devastator, necontrolabil, profund și pe termen lung

asupra dimensiunii interne a vieții persoanei; pot apărea dizabilități, durere, frustrări și paranoia, sentimente ostile față de lumea din afară, văzută ca amenințătoare, severă și de nesuportat.

Diferite școli de psihanaliză și psihoterapie au lansat ideea că un eveniment extern nu este traumatic prin el însuși, ci din cauza semnificației pe care individul o dă acestui eveniment; contează deci modul în care ecoul evenimentului se propagă în lumea interioară a persoanei sau, după cum afirmă Bonomi (2003), modul în care trauma acționează ca un simbol. Trauma psihologică poate fi definită ca o experiență unică pe care o persoană o are, timp în care simte că abilitatea sa de a integra experiența sa emoțională este depășită, percepția sa fiind că se confruntă cu o amenințare la viața sa, la integritatea fizică sau la sănătatea sa (Pearlman și Saakvitne, 1995).

Femeile victime ale violenței pe care au suferit-o din partea partenerului de viață manifestă atitudini neadaptate ca o consecință a unei experiențe îndelungate a lipsei de siguranță, a căldurii umane, a relațiilor apropiate, a dragostei; ele suferă de singurătate emoțională. Un studiu derulat în perioada 2007-2008 (Liiceanu, Săucan, Micle, 2008) și-a propus realizarea unui portret al femeii închise pentru uciderea partenerului de viață în contextul violenței intrafamiliale. Una din ipotezele studiului a fost aceea că femeile victime ale violenței intrafamiliale au un profil diferit față de alte deținute închise tot pentru omor, dar care nu au fost anterior depunerii în penitenciar, victime ale acestui tip de violență.

Comparând cele două subloturi, am demonstrat că deținutele care au declarat că au fost victime ale violenței intrafamiliale erau diferite în ceea ce privește unele trăsături de personalitate (neuroticism, empatie, nivelul depresiei, ostilitatea și psihotismul) și nivelul traumatic. Aceste femei sunt mai instabile emoțional, prezintă un nivel scăzut spre mediu al empatiei, spre deosebire de celelalte care au o empatie de nivel mediu spre bun. Am putea explica acest lucru prin aceea că acestor deținute, care au îndurat constant abuzuri fizice și emoționale, le lipsește abilitatea să vadă lucrurile, situațiile și din perspectiva partenerului, să înțeleagă și să-i anticipeze acestuia sentimentele, atitudinile și acțiunile. Este foarte posibil ca inabilitatea lor accentuată de a comunica să fi influențat relația cu partenerul de viață.

Depresia pentru acest grup este semnificativ mai mare decât cea a grupului de deținute care nu au fost abuzate. Această diferență trebuie explicată ținându-se cont de faptul că femeile care au suferit abuzuri fizice și psihice au intrat în penitenciar cu o depresie deja instalată, iar perioada de detenție nu a făcut decât să accentueze această stare, dată fiind și lipsa programelor terapeutice specifice recuperării, mai ales din penitenciarele românești (vezi lipsa resurselor materiale, psihologi și psihoterapeuți insuficienți etc.).

În ceea ce privește ostilitatea, rezultatele au arătat că grupul deținutelor abuzate de către partenerii de viață manifestă un nivel mai ridicat, fapt explicat de autori ca fiind vorba despre un sentiment mai pronunțat, căruia aceștia subiecți trebuie să-i facă față, ele continuând să-și vadă partenerii intimi, deși morți, nu ca pe niște victime ci ca pe niște agresori, pentru că abuzul emoțional nu a încetat în momentul în care ele și-au ucis soții.

De asemenea, diferențe semnificative între cele două grupuri apar și în ceea ce privește psihotismul, la un nivel mai ridicat în cazul deținutelor abuzate. Acestea s-au dovedit a fi mai agresive, ostile, indiferente, predispuse la duritate, mai tentate de a-și asuma riscuri fără a analiza consecințele. Cu toate acestea, niciuna din aceste deținute nu se manifestă în această direcție la valori maxime pentru comportamentul antisocial.

Nivelul traumei este și el mai mare în cazul grupului de femei abuzate. Acest fapt poate fi explicat prin aceea că ele au fost supuse violenței ani de zile. Conform teoriilor traumei, nivelul ei este cu atât mai înalt cu cât mai intensă și mai îndelungată este abuzarea.

În cazul femeilor care au suferit din cauza violenței partenerilor de viață, se poate vorbi despre efecte traduse în amenințări la adresa sinelui și stării de bine: implicații fizice și emoționale, amenințări asupra sinelui și pierderea controlului de sine, depresie. Orice ar putea contrazice siguranța lor de sine reprezintă o amenințare materializată în eșecuri, inconsecvențe, conștientizarea din ce în ce mai frecventă a morții, mici frustrări, nefericirea în viața de zi cu zi. Nivelul stimei de sine influențează răspunsul la amenințare al sinelui. Stima de sine este de natură a sprijini individul în a face față unor situații de viață precum eșecul, respingerea, pierderea sau, cel puțin, de a le face mai acceptabile. Un nivel crescut al stimei de sine corelează semnificativ cu comportamente precum abilitatea de asumare a riscului, de învățare, stabilirea unor relații sănătoase, de păstrare a convingerilor proprii. O persoană cu o stimă de sine ridicată este mult mai flexibilă, disponibilă în a se schimba, reconfigura la nivelul intereselor, deciziilor și așteptărilor. Persoanele cu o stimă de sine de nivel ridicat sunt protejate de amenințări, dar numai dacă stima de sine este durabilă. Amenințarea la adresa sinelui conduce la tot soiul de reacții fizice, care la rândul lor devin boli (Bushman, Baumeister, 1998). Tipul A de personalitate este mai predispus să sufere fizic din cauza acestor amenințări; acești oameni sunt ambițioși, competitivi, vorbesc repede, sunt ostili și manifestă mai multă iritare.

Experiența repetată a pierderii controlului conduce la învățarea neajutorării și la depresie clinică, la deficit psihologic caracterizat prin stări de spirit negative, la un nivel scăzut al stimei de sine, la pesimism, deficit cognitiv, la tulburări de somn, de alimentație și de activitate. Dacă pierderea controlului este însoțită de sentimente de învinovățire de sine, atunci depresia este complet instalată.

Printre femeile care și-au ucis soții/concubinii se află multe care suferă de tulburări de personalitate moderate sau severe (patternuri inflexibile și dezaptative de percepere a mediului înconjurător și a sinelui). Cele mai comune tulburări de personalitate manifestate de aceste femei sunt: tulburarea de personalitate antisocială, paranoidă, comportament de evitare/sustragere de tip borderline și comportamente adictive (Săucan, Micle, Liiceanu; 2011).

„A fost un coșmar, un coșmar pe care îl retrăiesc iar și iar. Este un coșmar pe care nicio femeie nu ar trebui să-l trăiască" spunea una dintre aceste femei care au trecut granița, devenind agresor dintr-o victimă. Victima îndelung abuzată parcurge un fenomen de transgresare, o neașteptată și bruscă schimbare de roluri.

MECANISME DE *COPING* ŞI APĂRARE

Cercetarea privind *coping*-ul decurge din studiile legate de stres şi are la bază modelul tulburării de adaptare în studierea capacităţii persoanei de a se confrunta şi de a face faţă evenimentelor de viaţă. În general, conceptul de *coping* poate fi interpretat ca un proces pluridimensional care se desfăşoară de-a lungul vieţii unei persoane, contribuind la interjocul mai multor determinanţi, între care interacţiunea dinamică dintre indivizi şi mediul lor este esenţială.

Răspunsul uman la provocările vieţii a fost caracterizat, metaforic vorbind, drept „luptă şi zboară" din faţa ameninţării (Cannon, 1932, cf. Erica Frydenberg, 2008, p. 21). În 2000, Taylor şi colegii au adus în cercetare teoria că „luptă şi zboară" se datorează mai cu seamă activităţii cu subiecţi bărbaţi sau cu animale, în timp ce răspunsurile tipice ale femeilor nu au fost luate în consideraţie. Răspunsurile comportamentale ale femeilor la stres ar putea fi interpretate mai acurat prin metafora „speră şi fii prieten". Femeile au mai mare preocupare pentru evaluarea socială (Cross and Madson, 1997). Astfel, investiţia psihologică în relaţii este văzută ca un cost, reflectându-se adesea într-un nivel mai ridicat al depresiei la femei, prin raportarea la bărbaţi. Ştim doar că femeile sunt mai predispuse la a se îngrijora şi de a suferi pentru alţi oameni, importanţi pentru ele (Rudolph and Conley, 2005). A face faţă (*coping*) stresului reprezintă un proces care se referă la mijloacele prin care persoanele se mobilizează, se ghidează şi se energizează, adaptându-şi comportamentul, emoţia şi orientarea (Skinner, Zimmer-Gembeck, 2007). Deşi neplăcerile zilnice pot fi considerate ca fiind mai puţin importante, natura lor ne ajută în a face predicţii despre simptoame psihologice, precum nemulţumirea şi anxietatea (Moulds, 2003).

Walters (2003) sugera că „prizonizarea" poate fi un mecanism de *coping* folosit pentru acomodarea la închisoare, facilitând perioada de tranziţie de la lumea din afară şi lumea penitenciară. Deşi identitatea penală are conotaţii negative în lumea din afara penitenciarului, ea poate căpăta o lumină pozitivă în mediul penitenciar între egalii cu identitate similară. Eficacitatea de sine şi sentimentul legăturii cu celelalte persoane din penitenciar ne fac să credem că identitatea penală, sedimentată în închisoare, poate fi în beneficiul stării de bine a deţinuţilor.

În ultimii ani, copingul nu a mai fost văzut neapărat ca un răspuns la emoţie, cele două elemente fiind considerate într-o relaţie dinamică. Aşa cum o emoţie determină modul în care un conflict este evaluat, în acelaşi fel rezultatul determină starea emoţională a individului atât în interacţiunea continuă, cât şi în interacţiunile viitoare. De exemplu, bărbaţii tind să evalueze o „pedeapsă" ca pe o provocare şi în consecinţă folosesc strategii centrate pe problemă, în vreme ce femeile sunt mai predispuse să evalueze situaţiile ca ameninţări sau ca elemente vătămătoare, ele folosind strategii de coping centrate pe emoţii (Griffith, Dubow and Ippolito, 1999). Acest tip de mecanisme se dezvoltă în situaţia în care emoţia „păcăleşte" raţiunea, impulsivitatea devenind regula: negarea (refuzul sau incapacitatea persoanei de a accepta elemente din realitate care o tulbură); incapacitatea sau refuzul de a accepta că un individ sau „ceva" prezintă şi părţi bune, dar şi părţi rele, astfel că totul este ori bun, ori rău; proiecţia (gândul sau emoţia unei persoane în legătură cu o altă persoană sau cu un lucru/loc, cum că acestea ar fi prea dureroase pentru a fi acceptate; în acest caz gândul sau emoţia în cauză sunt atribuite unui alt individ; astfel o persoană poate crede sau spune despre altcineva „el/ea mă urăşte", dar în realitate el/ea este cea care urăşte); agresivitate pasivă (sentimentul că nu este acceptabil ca o persoană să-şi manifeste direct agresivitatea şi atunci este aleasă o cale indirectă de manifestare); fantezie (lansarea în visare legat de cum ar putea să se petreacă anumite evenimente, în loc de a se acţiona pentru a se îndrepta realitatea). Aceste reacţii pot apărea nu numai la cei care se confruntă direct cu trauma, dar şi la cei care sunt martori ai acesteia.

Rezultatele studiului nostru (Liiceanu, Saucan, Micle, 2008) au reliefat că deţinutele închise pentru uciderea partenerului de viaţă sufereau atât de pierderi de tip personal, dar şi de pierderi interpersonale, asta dacă ţinem seama de fenomenul de transgresare pe care l-au trăit, acea schimbare neaşteptată şi bruscă de roluri. Subiecţilor noştri – deţinute care şi-au omorât partenerii de viaţă – li s-a cerut să completeze un chestionar privind strategiile de *coping* (Folkman şi Lazarus, 1980). S-a avut în vedere evidenţierea nivelului capacităţii lor de a rezista violenţei, dar şi strategiile de *coping* pe care le-au adoptat. Mai mult de jumătate din aceste femei (52,5%) au declarat că au adoptat strategii prin care să facă faţă violenţei. Informaţia suplimentară privind tipurile de strategii alese ne-a relevat faptul că foarte multe dintre deţinutele închise pentru uciderea partenerului de viaţă au folosit *coping*-ul de tip nevrotic (negarea şi atribuirea vinovăţiei). Există în mod surprinzător şi un procent demn de luat în seamă (20%), care s-a orientat spre stiluri mature, constructive (interpersonal, analitic, prosocial, asumarea riscului, schimbarea şi lupta figurează între caracteristicile definitorii ale acestor stiluri). Menţionăm însă că aceste stiluri nu sunt decât în foarte mică parte constructive, în majoritatea lor fiind instrumentale. Explicaţia ar consta în aceea că strategiile mature de *coping* nu le-au fost cunoscute deţinutelor înainte de comiterea faptei penale, ci s-au familiarizat cu ele în timpul detenţiei, dată fiind natura particulară a vieţii în penitenciar. Specifice grupului deţinutelor care au avut de suportat violenţa partenerului intim (32%) sunt strategiile de tip *borderline*, care implică evitarea şi retrăirea evenimentului traumatic.

Termenii de „violenţă", „traumă", „abuz" şi „tulburare de stres posttraumatic" sunt interşanjabile şi folosite destul de frecvent împreună. Una din modalităţile prin care putem clarifica aceşti termeni, precum şi legătura dintre ei, ar fi aceea de a considera trauma ca un răspuns la violenţă sau la alt gen de experienţă negativă, apăsătoare, de viaţă. Trauma este atât un eveniment, cât şi un răspuns particular la eveniment. De vreme ce tulburarea de stres posttraumatic este un diagnostic comun asociat abuzului şi traumei, cea mai obişnuită problemă de boală mintală cu care se confruntă femeile supravieţuitoare ale traumei este depresia.

RECOMANDĂRI PENTRU PROGRAMELE DE RECUPERARE ŞI TRATAMENT

În sistemul justiţiei penale este important să se ştie că marea majoritate a femeilor care au încălcat legea penală au fost abuzate fizic şi/sau sexual, atât în

copilărie, cât şi la maturitate. Fiecare femeie are răspunsuri diferite la violenţă şi abuz. Unele dintre ele pot răspunde fără traumă, deoarece manifestă abilităţi de *coping* care sunt eficiente pentru un eveniment specific. Uneori, traumatizarea are loc, însă trauma nu este recunoscută imediat, din cauză că evenimentul violent este perceput ca fiind normal. Multe femei care erau considerate de obicei drept „eşecuri de tratament", pentru că recidivau, ar putea fi acum înţelese ca supravieţuitoare ale traumatizării, care s-au întors la alcool sau alte substanţe pentru a-şi trata durerea provocată de traumă.

Deşi serviciile desemnate femeilor care recunosc experienţele lor de victimizare devin mai numeroase şi sunt propuse numeroase abordări care să răspundă nevoilor de orientare de gen (Bloom, Owen, Covington, 2003; Zlotnick, Najavits, Rohsenow şi Johnson, 2003), ele sunt mai degrabă excepţia şi nu regula, cel puţin în România. După ce îşi termină pedeapsa în penitenciar, femeile sunt eliberate şi trimise în comunităţile lor, cu un sprijin redus acordat pentru tranziţie din partea serviciilor integrate care să se adreseze adicţiilor de care suferă, traumei şi nevoilor lor pentru boala mintală. În conceptualizarea programelor de tratament şi recuperare pentru aceste femei este esenţial să se aibă în vedere combinarea teoriei cu practica, dintr-o perspectivă multidisciplinară.

O deţinută care a trăit un eveniment traumatic prezintă şi o vulnerabilitate crescută. Ea poate avea dificultăţi în a tolera, a exprima şi/sau în a-şi controla emoţiile. Pentru astfel de femei, recuperarea este un proces de schimbare transformaţională. Acest tip de schimbare profundă nu este linear şi simplu şi nici nu se produce în izolare. Procesul de recuperare şi vindecare pentru aceste femei are loc într-o profundă legătură cu sine şi cu ceilalţi.

În ceea ce priveşte sănătatea mentală a femeilor care au comis fapte penale şi au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu executare, facem menţiunea că este necesar un efort concentrat pentru dezvoltarea de programe specializate pentru acest segment de populaţie, programe în cadrul cărora să se lucreze într-un mod mai integrat şi comprehensiv şi să se aibă în vedere conceptul de traumă în înţelegerea vieţii femeilor, putându-se reduce în ultimă instanţă comportamentele penale de supravieţuire ale acestora.

Orice proces de învăţare şi/sau de reabilitare ar fi cu siguranţă sortit eşecului dacă mediul în care aceste femei trăiesc copiază sistemele disfuncţionale în care ele au mai trăit. De aceea, programele şi strategiile de tratament ar trebui să anuleze o parte din vătămările anterioare. O cultură terapeutică cuprinde următoarele cinci elemente fundamentale, atât pentru cadrele instituţionale cât şi pentru comunităţi: ataşament (o cultură a ataşamentului, a sentimentului de a aparţine), izolare (o cultură a siguranţei), comunicare (o cultură a deschiderii), implicare (o cultură a participării şi a spiritului comunitar), acţiune (o cultură a abilitării/împuternicirii/emancipării). Femeile au nevoie atât de spaţiu psiho-emoţional, cât şi fizic, atât în programele din penitenciare cât şi în cele din comunitate. Astfel, amplasarea în spaţiul fizic trebuie să asigure sentimentul intimităţii, spaţiul în care femeile au linişte şi pot medita. Unele programe de tratament sunt atât de încărcate şi focalizate pe grafic, încât o zi întreagă este activă. Cu toate acestea, femeile mai au nevoie şi de timp neprogramat pentru contemplare, meditaţie.

Deţinuţii care acţionează atât la nivel emoţional, cât şi la nivel comportamental, pentru a dezvolta „o mască de penitenciar" impenetrabilă, riscă alienarea. Ei pot dezvolta „lâncezeală" emoţională, care devine cronică şi debilitantă în interacţiunea socială şi în construirea relaţiilor, creând o distanţă permanentă şi de netrecut între ei şi ceilalţi (Kampfner, 1990). Alienarea şi distanţarea socială de ceilalţi este şi o modalitate de apărare în faţa reacţiilor riscante şi impredictibile. Pedeapsa penală trebuie să treacă în plan secund şi să cedeze locul serviciilor orientate spre reabilitarea şi reinserţia deţinutului. Resursele terapeutice şi abilitative trebuie asigurate în aşa fel încât să se adreseze nevoilor unui mare număr de deţinuţi afectaţi de boli mentale.

Efectele adverse ale instituţionalizării trebuie minimizate prin structurarea vieţii în închisoare în aşa fel încât să reproducă, pe cât de posibil, viaţa în lumea din afara penitenciarului. Poate nu ar fi ceva care ţine de lumea basmelor să ne imaginăm un penitenciar unde deţinuţii să aibă experienţa autonomiei şi a iniţiativei personale. Nu trebuie neglijate programele în cadrul cărora deţinuţii să înveţe normele interdependenţei şi ale încrederii. Extrem de folositoare este şi maximizarea drepturilor de vizită, pentru că este terapeutic să se păstreze contactul cu lumea din afară, minimizându-se astfel diviziunea dintre normele penitenciare şi cele din viaţa liberă.

BIBLIOGRAFIE

1. BAILLARGEON, J., PENN, J.V., THOMAS, C.R., TEMPLE, J.R., BAILLARGEON, G., MURRAY, DO., *Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system*, Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law; *37*, 2009, p. 188-193.
2. BIRMINGHAM, L., *The mental health of prisoners*, Advances in Psychiatric Treatement, *9*, 2003, p. 191-201.
3. BLAAUW, E., VAN MARLE, H. J. C., *Mental Health in Prisons*, în MOLLER, L., STOVER, H., JURGENS, R., GATHERER, A., NIKOGOSIAN, H. (Ed.), *Health in Prisons – A WHO Guide to the Essentials in Prison Health*, Geneva, World Health Organization, 2007.
4. BLOOM, B., OWEN, B., COVINGTON, S., *Gender-responsive strategies: Research, practice, and guiding principles for women offenders*, Washington, DC: National Institute of Corrections, 2003.
5. BONOMI, C., *Between symbol and antisymbol – The meaning of trauma reconsidered*, International Forum of Psychoanalysis, **12**, *1*, 2003, p. 17-21.
6. BUSHMAN, B. J., BAUMEISTER, R. F., *Threatened pgotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: does self-love or self-hate lead to violence?*, Journal of Personality and Social Psychology, **75**, *1*, 1998, p. 219-229.
7. CAMERON, C., *Resolving Childhood Trauma. A Long-Term Study of Abuse Survivors*, Sage Publ. Inc., 2000.
8. COVINGTON, S., *Beyond trauma: A healing journey for women*, Center City, MN: Hazelden, 2003.
9. CROSS, S. E., MADSON, L., *Models of the self: Self-construals and gender*, Psychological Bulletin, *122*, 1997, p. 5-35.
10. EYESTONE L. L., HOWELL R. J., *An epidemiological study of attention deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population*, Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, *22*, 1994, p. 181-93.
11. FRYDENBERG, E., *Adolescent Coping. Advances in theory, research and practice*, Routledge, London and New York, Taylor/Francis Group, 2008.

12. GRIFFITH, M. A., DUBOW, E. F., IPPOLITO, M. F., *Developmental and cross-situational differences in adolescents' coping strategies*, Journal of Youth and Adolescence, **29**, *2*, 1999, p. 183-204.
13. GUNN, J., MADEN, A., SWINTON, M., *Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders*, BMJ 1991, *303*, 2004, p. 338–41.
14. HANEY, C., *The Psychological Impact of Incarceration. Implications for post-prison adjustement*, Psychology, Public Policy and Paw, *3*, 2001, p. 499-588.
15. HILL, H., SIEGFRIED, C., ICKOWITZ, A., *Effective prison mental health services. guidelines to expand and improve treatment*, US Department of Justice, National Institute of Corrections, Washington DC, 2009.
16. JAMES, D.J., GLAZE, L.E., *Mental Health Problems of Prison Inmates. Special Report of the Justice Statistics*, US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, Washington DC, 2006.
17. KAMPFNER, C., *Coming to terms with existential death: An analysis of women's adaptation to life in prison*, Social Justice, *17*, p. 110, 1990.
18. KOBAN, L. A., *Parents in prison: A comparative analysis of the effects of incarceration on the families of men and women*, Research in Law, Deviance and Social Control, *5*, 1983, p. 171-183.
19. LIICEANU, A., SĂUCAN, D. Ş, MICLE, M. I., *Dimensiuni psihosociale ale violenței domestice*, Bucureşti, Editura Academiei Române, 2008.
20. LINQUIST, C. H., LINQUIST, C. A., *Gender differences in distres : Mental health consequences of environmental stres among jail inmates*, Behavioral Sciences and the Law, *15*, 1997, p. 503-523.
21. MADEN, T., SWINTON, M., GUNN, J., *Psychiatric disorder in women serving a prison sentence*, Br. J. Psychiatry, *164*, 1994, p. 44-54.
22. MARTENS, M. P., *Multidimensional model of trauma and correlated antisocial personality disorder*, Journal of Loss and Trauma, *10*, 2004, p. 115-129.
23. MOULDS, J. D., *Stres manifestation in high school students: An Australian sample*, Psychology in the Schools, **40**, *4*, 2003, p. 391-402.
24. MURTHY, R. S., ISAAC, M. K., CHANDRASHEKAR, C. R., KISHORE, KUMAR K. V., *Mental Health Care by Primary Care Doctors*, Publication, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore Neighbours HW, Williams DH, Gunnings, 2005.
25. PEARLMAN, L. A., SAAKVITNE, K. W., *Vicarious traumatization. An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists*. Professional Psychology: Research and Practice, **26**, *6*, 1995, p. 558-565.
26. PETERSILIA, J., *When Prisoners Come Home: Parole and prisoner reentry*, New York, Oxford University Press, 2003.
27. RUDOLPH, K. D., CONLEY, C. S., *The socioemotional costs and benefits of social-evaluative concerns: Do girls care too much?*, Journal of Personality, **71**, *1*, 2005, p. 115-137.
28. SĂUCAN, D. Ş., MICLE, M. I., LIICEANU, A., *Coping strategies and defense mechanisms adopted by women inmates who have killed their intimates*, Revista de asistență socială, *2*, 2011.
29. SINGLETON, N., MELTZER, H., GATWARD, R., *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*, Office for National Statistics, London, 1998.
30. SKINNER, E. A., ZIMMER-GEMBECK, J., *The development of coping*, Annual Review of Psychology, **58**, 2007, p. 119-144.
31. SOBEL, S. B., *Difficulties experienced by women in prison*, Psychology of Women Quarterly, *7*, 1982, p. 107-118.
32. TAYLOR, S. E., KLEIN, L. C., LEWIS, B. P. *et al.*, *Biobehavioral responses to stres in females: Tend – and – befriend, not fight – or – flight*, Psychological Review, **107**, *3*, 2000, p. 411-429.
33. WALTERS, G., *Changes in criminal thinking and identity in novice and experienced inmates*, Criminal Justice and Behavior, *31*, 2003, p. 263-281.
34. WOOLDREDGE, J. D., *Inmate experiences and psychological well-being*, Criminal Justice and Behavior, **26**, *2*, 1999, p. 235-250.
35. ZLOTNICK, C., NAJAVITS, L., ROHSENOW, D., JOHNSON, D., *A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stres disorder: Findings from a pilot study*, Journal of Substance Treatment, 25, p. 99-105.

Capitolul 17

UTILIZAREA EXCESIVĂ A NOILOR TEHNOLOGII ŞI DEPRESIA

CAMELIA POPA,
ADELA MAGDALENA CIOBANU

Dependența de Internet (rețele de socializare, jocuri online, navigatul compulsiv pe site-urile web, utilizarea nesănătoasă a chat-urilor) şi dependența de telefoanele mobile sunt considerate noi tulburări mintale ale vremurilor noastre. Deşi statutul nosografic al acestora nu a fost încă acreditat şi introdus în marile tratate de psihiatrie, particularitățile psihologice ale persoanelor dependente, interacțiunile lor sociale în rețea, deteriorarea vieții şi a activității lor de zi cu zi sunt analizate intensiv de către cercetători.

Pentru tulburarea adicției la Internet sau Internet Addiction Disorder nu s-a fixat un cadru conceptual general, însă numeroase studii de gen au demonstrat, de exemplu, că abuzul de Facebook, corelează pozitiv şi semnificativ cu deteriorarea sănătății mentale, generând depresie, anxietate sau contribuind la dezvoltarea unor tulburări de personalitate. La rândul ei, utilizarea patologică a telefoanelor mobile (convorbiri şi SMS-uri) poate determina scăderea stimei de sine, ideația depresivă, izolarea socială şi deteriorarea statutului socioeconomic al persoanelor în cauză.

DEPRESIVII INTERNETULUI

Atunci când se referă la dependența de Internet, majoritatea studiilor în domeniu analizează dependența de rețelele de socializare, forumuri şi chat-uri. Examinând cercetările de gen am putea spune că alcătuirea unui profil psihologic al „prizonierului" rețelelor de socializare, predispus la dezvoltarea unei tulburări depresive, seamănă cu un mare puzzle, în care fiecare autor de studii mai aşează câte o piesă lipsă sau ajustează piesele lipite provizoriu (Popa, 2013, Editura Universitară Bucureşti). Astfel, milioane de persoane utilizează zilnic site-urile de social networking, în special Facebook şi Twitter, iar trăsăturile lor şi comportamentele dezvoltate în aceste rețele au devenit o valoroasă arie de investigație psihologică. Totodată, fenomenul expansiunii rețelelor de socializare este unul care stimulează cercetarea şi pe terenul psihiatriei, date fiind noile comportamente adictive.

Ca şi în viața reală, anumite caracteristici ale personalității se reflectă în comportamentele din rețea, vizând atât interacțiunile sociale, procesele cognitive, cât şi schimbul de informații în care sunt antrenați membrii rețelei. La rândul ei, rețeaua participă la structurarea personalității utilizatorilor săi, îşi pune amprenta asupra cogniției şi comportamentelor acestora, inclusiv asupra perpetuării unor

comportamente disfuncționale, precum retragerea în lumea virtuală, asociată cu deteriorarea activității din lumea reală.

Ca trăsături definitorii ale marilor consumatori de relații sociale virtuale s-au impus, prin frecvența identificărilor, anxietatea (îndeosebi socială) a acestora, depresia, singurătatea, slabul control al impulsurilor, narcisismul (la polul opus al acestuia se află stima de sine dezastruoasă, un alt factor favorizant al dependenței), sociabilitatea, existența unor adicții asociate (consum de alcool și de droguri), dezadaptarea (întreruperea scopurilor personale, familiale sau profesionale), cognițiile greșite, stresul, insomnia, nervozitatea ș.a.

Ca „vaccin" al dependenței de Facebook sau de Twitter, de chat-uri și forumuri a fost desemnat sentimentul de fericire subiectivă al individului, manifestat, bineînțeles, în lumea reală. Un studiu realizat de Akin (2012) a demonstrat că vitalitatea și fericirea subiectivă sunt factori de reziliență importanți în dependența de Internet (mai explicit, fericiții au o bună vitalitate și nu riscă să fie înghițiți de lumea virtuală).

Tulburările afective pot fi prezise de numărul mare de ore petrecute pe Internet, susțin unii cercetători. Rosen *et al.* (2013) au investigat 1.143 de adolescenți și tineri adulți, arătând că utilizarea în exces a unor tehnologii sau a mass-media digitale (inclusiv utilizarea Facebook), neliniștile personale și atitudinile legate de aceste tehnologii pot prezice simptome clinice pentru șase tulburări de personalitate (schizoidă, narcisistă, antisocială, tulburări de dispoziție compulsive, paranoică și histrionică) și pentru trei tulburări psihotice (depresie majoră, distimie, tulburare bipolară).

Astfel, în studiul citat, numărul mare de prieteni pe Facebook s-a dovedit a fi un predictor valid pentru mai multe simptome de tulburare bipolară (maniaco-depresie), narcisism (simț crescut al propriei importanțe, nevoia profundă de a capta admirația celorlalți) și tulburare histrionică de personalitate (teatralism, dorința de a atrage atenția). Corelațiile între numărul prietenilor și distimie (o formă depresivă ușoară) s-au dovedit a fi moderate; la fel s-a întâmplat și în cazul tulburării de personalitate schizoide (evitarea activităților sociale și a interacțiunilor cu oamenii). Utilizarea excesivă a Facebook a prezis, în același timp, simptome ale tulburării anxioase, similar altor studii în domeniu.

Între depresie, stres și dependența de IT&C există o relație complexă. Farahani *et al.* (2011) au arătat că abuzul de Facebook corelează pozitiv și semnificativ cu deteriorarea sănătății mentale, în principal cu anxietatea, stresul și depresia utilizatorilor. Pe de altă parte, alți autori au constatat existența unui cerc vicios între sănătatea mentală și consumul problematic de Internet, deoarece înșiși indivizii cu anxietate socială și cei deprimați preferă relațiile virtuale, evitând interacțiunile față în față (Sheldon, 2008).

Susținerea parentală funcționează ca factor de reziliență în problema dependențelor și această constatare este valabilă atât pentru jocurile de noroc, pentru jocurile online, cât și pentru refugiul copiilor în rețelele de socializare. O cercetare realizată pe 1.971 de elevi de la un liceu din Grecia (Floros și Siomos, 2013) a arătat că acei copii susținuți și înțeleși de părinți au un risc mai mic de a dezvolta dependență față de Internet și, subsecvent, simptome depresive.

În aceeași țară, Frangos *et al.* (2011) au calculat prevalența factorilor de risc pentru adicția la Internet în rândul a 686 de vizitatori ai Internet café-urilor, din Atena și din alte mari orașe grecești. Simptome de adicție la Internet au fost identificate la 20,8% din populația investigată. Adicția s-a asociat cu durata zilnică de utilizare a Internetului, cu numărul de vizite la Internet café-uri, cu durata implicării în jocuri precum Counter-Strike, Quake, Assassin, cu durata vizitelor pe Facebook și în MySpace. Adicția la internet s-a asociat și cu deteriorarea relațiilor sociale și a programului de activități zilnice a utilizatorilor.

În Marea Britanie, Kuss *et al.* (2013) au studiat, printr-un sondaj efectuat pe 2.257 de studenți englezi, care sunt potențialele activități de pe Internet susceptibile să determine o dependență și cum se leagă acestea de personalitatea utilizatorului fervent. Ideea celor doi autori, extinsă și în alte studii de gen, s-ar putea dovedi utilă. Cunoscând activitățile în cauză și trăsăturile de personalitate ale celui care preferă aceste activități, am putea determina rădăcinile noului comportament adictiv și am înțelege mai bine patologia asociată Internetului. În ceea ce privește sondajul pe studenții englezi, 3,2% din aceștia au fost declarați dependenți de Internet. Unele activități online, precum cumpărăturile sau navigarea în rețelele de socializare, ca și scorul mare de nevrotism și amabilitatea scăzută ale subiecților au corelat semnificativ cu dependența de Internet, explicând 21,5% din varianță în cazul acestei dependențe.

STIMĂ DE SINE SCĂZUTĂ ÎN CYBERADICȚIE

Autorii de diverse naționalități au fost în general prolifici în a evidenția particularitățile Cyberadicției în țările lor. Multe cercetări și-au propus să reliefeze modul în care stima de sine (felul în care individul se vede pe el însuși), corelează cu refugiul în lumea virtuală. S-a găsit o corelație negativă între stima de sine (implicând atribute legate de propria persoană, de situația sa socială, de locuință și de performanțele școlare) și dependența de Internet.

Cu alte cuvinte, adolescenții cu stimă de sine scăzută, care gândesc negativ, sunt în general deprimați și lipsiți de vlagă, nesatisfăcuți de modul în care arată, de familia și de casa lor, de rezultatele lor școlare, atribuindu-și mai multe defecte decât calități, au tendința de a petrece mai mult timp în rețelele de socializare. Web-ul le oferă acestor copii cronic nemulțumiți prilejul de a crede că sunt alte persoane decât în realitate, le dă posibilitatea de a fi satisfăcuți cu imaginea lor virtuală, de a-și face uneori autoevaluări pozitive cu privire la propria persoană (chiar dacă aceste evaluări sunt temporare, conjuncturale, obținute printr-o simplă conexiune la Internet).

Totuși, legat de acest aspect, nu putem să nu remarcăm faptul că stima de sine redusă poate funcționa atât în calitate de predictor, cât și în calitate de efect al Cyberadicției. Astfel, stima de sine a indivizilor care petrec multe ore în fața calculatorului poate scădea și mai mult din cauza acestei dependențe, deoarece ei devin sedentari, consumă alimente hipercalorice sau pot îmbrățișa alte comportamente adictive precum fumatul sau consumul de alcool. Performanțele lor școlare și profesionale scad, iar statutul socioeconomic se degradează inevitabil, deoarece

Internetul este nu numai un cronofag, ci şi un energofag care, dacă te prinde, nu prea îţi mai dă prilejul de a face şi altceva.

Preocupări majore pentru evidenţierea dependenţei de Internet au dovedit şi cercetătorii din alte ţări. În Liban, Hawi (2012) a descoperit că, din cei 833 de studenţi investigaţi, 4,2% aveau o utilizare problematică a Internetului. Consumul excesiv se manifesta mai mult pentru obţinerea divertismentului, decât pentru informare şi cercetare.

Park *et. al.* (2013) au evaluat corelaţiile între consumul mare de Internet şi depresie, tulburarea bipolară şi ideile de suicid, investigând 795 de elevi. Rezultatele au arătat că 9,4% din aceştia aveau o utilizare problematică a Internetului, asociată semnificativ cu ideaţia suicidară.

Au existat şi cercetători care nu au identificat, pe grupurile studiate de ei, corelaţii semnificative statistic între consumul problematic de Internet şi narcisism sau singurătate, însă au descoperit asocieri între utilizarea problematică a internetului, timiditate şi agresivitate.

Utilizatorii problematici ai Internetului sunt persoane agresive, au relevat Odacı şi Çelik (2013), în urma investigării a 424 de elevi cu probleme de cyberadicţie.

Relaţia dintre narcisismul şi extraversiunea manifestate de deţinătorii de profiluri Facebook şi auto-prezentările pe care aceştia şi le fac a fost explorată şi de Ong *et. al.* (2011). Autorii au luat în considerare, pentru a estima narcisismul şi extraversiunea utilizatorilor acestei reţele de socializare, câteva caracteristici ale profilului pe Facebook, printre care poza de profil, actualizările de stare şi mărimea reţelei sociale, subliniind că persoanele cu aceste trăsături de personalitate au mulţi prieteni în reţea, îşi actualizează frecvent statusul şi fotografiile.

Totodată, relaţia dintre caracteristicile de personalitate şi modul de a folosi reţelele sociale a fost examinată şi în cadrul unui studiu pe 300 de subiecţi (Hughes *et. al.*, 2012), ale cărui rezultate au arătat că extraversiunea şi deschiderea la experienţă corelează pozitiv cu comportamentul de socializare online, precum şi cu cel de căutare şi schimb de informaţii.

Mergând pe linia motivaţională a utilizării site-urilor de socializare, Special şi Li-Barber (2012) arată că motivele cele mai comune pentru utilizarea Facebook sunt cele de întreţinere a relaţiilor şi de divertisment, în timp ce Nadkarni şi Hofmann (2012) propun un model al motivaţiei de utilizare a Facebook animat de două nevoi primare (1) necesitatea de a aparţine şi (2) nevoia de auto-prezentare. Factorii demografici şi culturali ar contribui la nevoia de a aparţine, iar nevroza, narcisismul, timiditatea şi stima de sine ar defini nevoia de auto-prezentare.

IDEAŢIE DEPRESIVĂ LA ADOLESCENŢII DEPENDENŢI DE FACEBOOK

În pofida cercetării intensive a noilor dependenţe ale zilelor noastre, indusă de IT&C, care a avut ca rezultat conturarea minuţioasă a unor profiluri psihologice ale persoanelor cu astfel de probleme, „sevrajul informatic" rămâne un fenomen puţin examinat. Tocmai de aceea, în 2012, am explorat, în cadrul mai multor studii, conduitele adaptative şi disfuncţionale ale unui grup de adolescenţi români,

manifestate în cadrul unor producţii literare pe tema eliminării din viaţa lor a Internetului şi a telefoniei, precum şi profilul creativ al unui grup de liceeni utilizatori de Facebook. Rezultatele acestor studii sunt ilustrative pentru amploarea dependenţelor în cauză şi pot oferi cadrelor didactice repere importante ale înţelegerii relaţiei copiilor cu IT&C (Popa, Ciobanu, Bănică, 2013).

Prezentăm sintetic, în continuare, cele mai importante date extrase din aceste studii, pentru a sugera cadrelor didactice direcţii de acţiune în consilierea psihopedagogică a elevilor.

Astfel, participanţi la studii au fost 78 de adolescenţi înscrişi la secţiunea „Seniori" a concursului de creativitate organizat în 2012 de către Colegiul Naţional „Tudor Vianu" Bucureşti, în parteneriat cu Departamentul de Psihologie al Institutului de Filosofie şi Psihologie „Constantin Rădulescu Motru".

Lotul a cuprins elevi la Colegiul Naţional „Tudor Vianu", Colegiul Naţional „Sf. Sava", Liceul „Gheorghe Neculce", Liceul Teoretic „Nicolae Iorga", Liceul de Arte „Nicolae Tonitza", Liceul „Jean Monnet" şi Colegiul Economic „Virgil Madgearu". Au fost prelevate date cantitative privind dependenţa de IT&C, precum şi date calitative referitoare la gândirea, emoţiile şi atitudinile adolescenţilor puşi în situaţia de a-şi imagina şi redefini viaţa lipsită de calculatoare şi de telefoane mobile.

Au fost utilizate, cu consimţământul informat al subiecţilor, metoda anchetei pe bază de chestionar şi metoda analizei produselor activităţii („produsul activităţii, desprins de individ, devine oglinda creatorului său, iar prin analiza lui psihologică vom reuşi să aflăm mai multe despre însuşi creatorul său" – Zlate, 1996, p. 119).

Datele cantitative prelevate din eseuri au relevat că ideaţia depresivă este prezentă la 60,25% din subiecţii care îşi imaginează viaţa fără IT&C. Actul suicidar este invocat de 14,1% dintre subiecţi, atât în calitate de soluţie finală pentru propria persoană, cât şi ca variantă de curmare a suferinţelor colegilor sau ale altor oameni afectaţi de marea pierdere. Circa 23% din adolescenţii cuprinşi în studiu experimentează totuşi emoţii pozitive, mergând de la uimirea în faţa frumuseţilor simple ale naturii, similară cu cea a copilului care descoperă lumea, şi până la bucuria explozivă a dispariţiei universului IT&C din viaţa personală. Emoţiile pozitive sunt invocate de majoritatea subiecţilor, în producţiile lor literare, după prezentarea simptomelor unor depresii severe şi ale unui „sevraj informatic" extrem de puternic. Ele pot fi sinonime cu vindecarea sau cu resorturile profunde, adaptative, ale individului supravieţuitor al „Apocalipsei digitale". Aceleaşi date cantitative extrase din eseuri arată că 23% dintre adolescenţii investigaţi cred că dispariţia lumii IT&C ar favoriza conduite antisociale generalizate, în timp ce 89,74% dezvoltă conduite adaptative pentru a se integra în noua viaţă.

Datele calitative privind dependenţa de IT&C au fost extrase din eseurile adolescenţilor şi interpretate cu ajutorul unor grile categoriale de analiză, respectiv:

1. experimentarea unor niveluri ridicate de depresie;
2. experimentarea unor emoţii pozitive;
3. conduite antisociale;
4. conduite adaptative.

Tabloul emoţiilor negative, disfuncţionale, înfăţişează o simptomatologie depresivă clasică, cu ideaţie suicidară dominantă, cu senzaţia de scăpare a frâielor

propriei vieți, de pierdere a minților, pe fundalul unor sentimente acute de deznădejde și inutilitate, al retragerii și neimplicării, al fatigabilității accentuate. Alterarea simțului realității este prezentă.

Apar, în tabloul simptomatologic proiectat, senzația de sfârșit de lume, insomnia/hipersomnia, lipsa poftei de mâncare (sau, după caz, hiperfagia), abandonul de sine, precum și contagiunea depresivă, epidemiile suicidare.

Z.M. își descrie sugestiv și detaliat posibilul gest suicidar: *„Negura orbirii îmi inundă golul sufletului. Se simt frica în aer, veninul negru. Oamenii se închid în case cu fețe triste, strânse în marea de uitare, printre bucăți de vise sfărâmate, inimi frânte, cioburi de oglinzi sparte. Maleficul joc al umbrelor se duce în inima moartă a timpului. Pe fundul lacului, la capătul lumii, își găsesc pieirea bucăți inerte de zâmbete. Îmi închid ochii, îmi desfac aripile, mă înalț la cer și încep să cânt"*.

Alte sintagme prin care adolescenții redau actul suicidar sunt:

- *„Bun venit în timpul trecut, sper că aveți curajul să vă afundați în el. Eu nu-l am"* (M.D.);
- *„Mă simt presat la gândul că nu voi putea ieși vreodată din starea asta de transă, încerc să evadez din mine, să scap de dezordine și să biruiesc această boală care mă copleșește. Mă uit în gol. Nu, nu-mi voi continua viața în felul acesta"* (F.I.).

Resemnarea retragerea, sentimentul puternic al fatalității prevestesc suicidul: *„Mă simt foarte obosită, oricum cei slabi pier în fața celor puternici, lumea e înnebunită, avem nopți albe"* (M.A.).

B.T. descrie cum s-a hrănit cu tot ceea ce a apucat, a mâncat toate conservele din casă, *„așteptând apoi antivirusul care să aducă înapoi calculatoarele și telefoanele sau moartea"*.

Însă suicidul, ca unică modalitate de scăpare, este observat de copii îndeosebi la alte persoane:

- *„Un băiat a murit de foame stând în fața calculatorului, așteptând să se repornească"* (V.I.);
- *„O fată s-a aruncat de pe un bloc, strigând că nu asta e lumea în care vrea să trăiască"* (B.G.);
- *„Eu unul plâng mult. Unii au intrat în depresie și chiar s-au sinucis. Deja au murit sute de milioane de oameni. Drogații s-au înmulțit groaznic de mult, majoritatea ajung să moară din supradoze"* (N.I.);
- *„Este o liniște înspăimântătoare, informațiile se vând pe bani grei, suntem copleșiți de panică și de tristețe, ești ca și pierdut, ești disperat. Oamenii simțeau că mor oricum chiar dinainte de dezastru dacă stăteau fără telefon chiar și o oră. Acum mor pe bune"* (B.G.);
- *„Pentru mulți colegi viața s-a sfârșit deoarece himera se pare că a fost mai puternică decât absolutul și a luat tot, lăsându-i pe mulți în întuneric, în ambele sensuri"* (L.A.).

Sunt și adolescenți care proiectează imaginativ epidemii suicidare (depresia ca molimă):

- *„Deprivarea de gustul Internetului era devastatoare, o boală fatală asupra organismului umanitate. Precum fumătorii pasivi îi vedeam pe cei contaminați, simțeam izul minților lor distruse în mod ireparabil. Unii spun că ar trebui să le fie curmată suferința. Alții, majoritatea, aleg să privească în altă parte, sperând că revenirea la stadiul de dinainte de virus va fi antidotul nebuniei lor. Oare vom reuși să ne salvăm sau vom înnebuni încercând?"* (E.R);
- *„Unii oameni și-au pierdut mințile, suntem frânți de oboseală, suntem pregătiți pentru o extincție în masă, o catastrofă, e o monotonie totală, nu știu cât timp voi mai putea rămâne lucid, oamenii au înnebunit și au fugit care încotro. Mă trezesc în fiecare zi cu durere de cap, pe dușumea am covor de praf"* (T.A.);
- *„Se simte o liniște atotprezentă, un aer de suspans, cum de nu toți oamenii au înnebunit în această lume înceată și primitivă?"* (C.D.C.);
- *„Timpul a devenit dintr-o dată atât de mare și apăsător. A apărut acel sentiment oribil al neputinței și dezorientării care i-a făcut pe mulți să-și piardă mințile. Nu doresc nimănui să vadă această imagine a decadenței umane (...) Încerc să-mi opresc lacrimile și să înghit suferința și tristețea"* (A.M.); *„Zeci de* milioane s-au sinucis, noi ne așteptăm ipoteticul sfârșit alături de persoanele iubite" (I.I.).

Intensitatea trăirilor depresive este diferită, în cadrul „sevrajului de computer" simulat, însă ele au un conținut similar:

- *„Mergeam pe stradă îngândurată, prinsă într-o depresie nemărginită și fredonam o melodie fiind conștientă că n-o s-o mai descarc niciodată de pe Internet"* (D.R.);
- *„Când se înserа, era semnalul să ne plictisim alături de părinți (...) am simțit frică și dezamăgire totală având în vedere că eu eram dependentă de calculator. Ușor, ușor, depresia m-a cuprins"*(V.I.);
- *„Eram confuză, simțeam o tăcere adâncă, care paralizează mintea"* (P.C.);
- *„Îi cer lui Dumnezeu milă și salvare, îmi vreau lumea înapoi, viața este un abis"* (Z.F.);
- *„E o barieră între mine și lume, poate că ăsta e sfârșitul lumii, poate cei ce ne dirijează au știut cum să ne facă să depindem de tot ceea ce este fals, să ne transformăm viețile în ceva ireal"* (Ș.C.);
- *„Suntem blocați într-o bulă temporală din care nu există scăpare"* (V.L.);
- *„Este o vreme de chin și groază, cea mai nefericită perioadă a vieții mele"* (P.R.);
- *„Nu se mai zărește nici un zâmbet, comunicarea ne-a fost furată"* (P.R.);
- *„Plâng și mănânc"* (N.I.);
- *„Sunt deprimat și mă doare cel mai tare că nu putem să ne mai uităm la meciuri și că nu ne luăm referate de pe net. În treacăt fie spus au murit mulți, dar s-au născut mulți, fiindcă lumea are mai mult timp și mai puține distracții"* (T.C.);
- *„Totul pare acum șters și fără sens"* (M.A.);
- *„Se observă cu desăvârșire panica pe fețele oamenilor"* (ID);
- *„Acest eveniment mi-a distrus viața, mă cert cu părinții, cu bunicii care sunt înapoiați oricum"* (D.P.);

- *„Înnebunesc sau revin la origini?"* (S.V.);
- *„Noaptea mă întâmpină cu brațele întunecate dezvelindu-și colții, nimic nu mai este la fel, leagănele atârnă jalnic în bătaia vântului"* (S.T.).

Oboseala, plictiseala, insomnia/hipersomnia sunt, de asemenea, prezente ca simptome ale sevrajului simulat:

- *„Este groaznic, plâng de plictiseală și de nervi"* (S.T.);
- *„Sunt ca un autist, mă gândesc că e mai bine totuși viu, fără curent electric, decât mort. Ajung acasă la fel de obosit pe cât am plecat, epuizat parcă de gândurile mele, mă culc trist, mai trist de atât nu se poate"* (L.G.);
- *„Lumea stă posomorâtă în case, dormind și extrem de rar găsind o alternativă, cititul"* (D.T.);
- *„Stăteam închisă în casă rugându-mă să nu vină seara pentru că atunci singurul lucru pe care îl puteam face era să dorm și nu puteam să dorm"* (D.A.).

Examinarea imaginației elevilor este de natură a spori cunoașterea lor psihologică, dat fiind că acest proces psihic poate fi analizat atât sub unghiul funcțiilor cognitive ale individului (conținutul informațional al imaginilor), cât și sub cel al funcțiilor afective, motorii și volitive.

Valoarea imaginației în cercetarea psihologică este cu atât mai mare cu cât „imaginația este subiectivă, personală, antropocentrică, pornită din interiorul individului, reglată de interioritatea subiectului" (Ribot, apud Zlate, 1999); imaginile ei fac parte din „temele interne" ale persoanei" (Popescu-Neveanu, 1977). Cu alte cuvinte, acest proces psihic desemnează însăși realitatea intimă a individului, care poate fi explorată prin analiza produselor activității. În studiul prezentat, stimularea imaginației elevilor, prin intermediul producțiilor literare, a oferit informații despre potențialul de dependență de IT&C al grupului studiat.

Chiar dacă este numai proiectată la nivel imaginativ, această dependență pare a fi una severă, dată fiind simptomatologia depresivă clasică înfățișată de 60,25% dintre copii, cu ideație suicidară pregnantă, cu frică transfixiantă și panică atotstăpânitoare.

SIMPTOMATOLOGIA DEPRESIVĂ, PREDICTOR AL DEPENDENȚEI DE JOCURILE VIDEO

Specialiștii în sănătate mentală sunt de acord că dependența de jocurile video este, în esență, o problemă de comportament, de natură a provoca probleme sociale și emoționale care nu mai pot fi controlate de către utilizator. În spatele acestei constatări stau însă și aspecte mai puțin evidențiate în cercetările de gen. Astfel, indivizii atrași de jocurile violente au anumite trăsături care îi fac clienți favoriți ai acestor jocuri. S-a demonstrat, de pildă, că simptomatologia depresivă este un predictor al dependenței de jocurile video. Totodată, jocurile violente se pare că sunt preferate și de tinerii cu patologie psihiatrică dovedită. Baer *et al.* (2012) au arătat că tinerii cu boli mintale pe care i-au investigat petrec mai mult timp în

activități legate de mass-media electronice și joacă jocuri video violente, comparativ cu tinerii din populația generală, raportul fiind de 6,6 ore pe zi în cazul primilor și de 4,6 ore pe zi pentru tinerii sănătoși. Din primul eșantion au făcut parte 100 de tineri cu patologie psihiatrică, internați în clinicile de specialitate iar din cel de-al doilea – 110 tineri sănătoși.

Pe de altă parte, jocurile înseși au anumite caracteristici structurale care pot spori dependența persoanelor (așa-numitele „rădăcini" de poveste captivantă, care fascinează și hrănesc comportamentul adictiv). Pe de altă parte, printre caracteristicile structurale captivante ale jocurilor se numără efectele multimedia, interactivitatea, tridimensionalitatea, animația (Jiang și Juang, 2013), care amplifică pericolele, dar și avantajele, sentimentele trăite de indivizi până la niveluri cu care aceștia nu s-au confruntat zi de zi. Ei obțin astfel trăiri și senzații tari, într-o lume fantasmatică, generată de calculator, însă în lumea reală pot dezvolta anxietate și depresie marcante. În timp, stima de sine li se va reduce și este posibil să inițieze acte autodistructive. Pentru a scăpa pe moment de stresul din timpul jocului, unii dintre jucători apelează la consumul de tutun, de droguri și de alcool, cu efect autodistructiv demonstrat.

Jocurile video pe calculator, îndeosebi cele în care pot fi cooptați mai mulți jucători, reprezintă activități preferate de copii și adolescenți. Implicându-se în aceste jocuri, ei obțin plăceri pe care cu greu le-ar putea obține în viața reală, reușesc să simuleze o comunicare socială ideală, să acceadă la statute înalte, să dețină controlul situațiilor și al împrejurărilor, să dobândească putere de viață și de moarte asupra oamenilor, animalelor, extratereștrilor etc. Practicarea îndelungată a jocurilor online, cu neglijarea tuturor celorlalte activități și responsabilități specifice vârstei, se poate transforma însă într-un comportament adictiv greu de tratat chiar și în clinica psihiatrică; este vorba despre așa numitul „Gameplaying" problematic și patologic.

Pentru a construi un model explicativ al comportamentului adictiv privind jocurile online, Gaetan *et al.* (2012) au realizat o cercetare pe 74 de adolescenți cu vârste cuprinse între 11 și 14 ani, dintre care 14 au fost diagnosticați ca dependenți. Rezultatele au confirmat faptul că adolescenții dependenți de jocurile video percep sinele lor virtual ca fiind mult mai competent decât sinele lor real. Mai mult, aceștia percep viața lor virtuală ca fiind mult mai ofertantă în satisfacții, comparativ cu viața lor reală. Autorii concluzionează că aceste așa-zise „beneficii psihologice" ale vieții virtuale ar putea explica adicția la jocurile video. Adolescentul poate face să trăiască, pe calculator, o nouă versiune a lui. Însă, în viața adevărată el devine un alienat, o persoană tot mai îndepărtată de lume. „Beneficiile" contabilizate de jucător se dovedesc a fi, în fapt, simple iluzii sau percepții eronate care-i pot amplifica riscul de dependență (Thorens *et al.*, 2012).

Cercetătorii au examinat și alte simptome psihopatologice asociate dependenței de jocuri. De pildă, unii autori au evaluat variabilele predictive ale dependenței de jocurile video – caracteristicile sociale, strategiile de coping, stima de sine și simptomatologia depresivă. În studiile lor au fost cuprinși adolescenți și tineri adulți, cu vârsta medie de 18 ani, recrutați de pe forumurile web. Aplicându-se o scală a măsurării dependenței de jocurile video online, mai puțin de jumătate

dintre participanți au fost declarați dependenți de jocurile video, în timp ce restul au fost considerați non-dependenți. Dependenții au prezentat o calitate slabă a relațiilor sociale sau o lipsă a acestora, o stimă de sine fragilă și sentimentul solitudinii, aceștia fiind, de altfel, și factori predictivi ai dependenței identificați în alte studii de gen, precum și factorii psihologici care i-au diferențiat de grupul nondependenților. Totodată, între cele două grupuri, dependenții, respectiv non-dependenții de jocuri video, au făcut diferența numărul de ore petrecut săptămânal în fața calculatorului, sentimentul de apartenență socială și calitatea relațiilor familiale. Cunoscând toți acești factori se poate realiza o mai bună prevenție și o mai bună supraveghere a practicii jocurilor video online, au conchis autorii studiului.

Datele cu privire la incidența dependenței de jocuri în populația generală nu se cunosc. Studiile vizează eșantioane zonale, nereprezentative național sau loturi selectate online. Însă chiar și datele obținute pentru acestea ne indică faptul că gameplaying-ul problematic este ceva extrem de serios. Keser și Esgi (2012) au raportat, de pildă, că din 1.467 de elevi (clasele VI-VIII) investigați, 16,8% s-au descris ca indivizi care se confruntă cu probleme de dependență de jocuri pe calculator, dintre care 683 erau fete și 784 – băieți. Autorii au arătat că diferențele de statut socioeconomic dintre copii nu au un impact asupra dependenței, deoarece și copiii din clasele mai sărace au acum acces la tehnologie. Chiar dacă nu au calculator acasă, ei merg la sălile de jocuri.

În ceea ce privește trăsăturile care predispun la dependența de jocuri, Kim *et al.* (2008) au dovedit, într-un studiu pe 1.471 de utilizatori de jocuri online, cu vârsta medie de 21 de ani că agresivitatea și trăsăturile de personalitate narcisice corelează pozitiv cu dependența, în timp ce autocontrolul stabilește o asociere negativă ($p < 0.001$). În plus, o analiză de regresie multiplă a arătat că gradul de dependență de jocuri online ar putea fi prezis și pe baza unor factori precum ocuparea școlară sau profesională sau relațiile interpersonale.

Potrivit altui studiu (Bioulac, 2008), copiii cu ADHD au prezentat mai multe probleme legate de jocurile video decât copiii fără această tulburare de atenție.

Vârsta jucătorului și genul acestuia reprezintă, la rândul lor, predictori ai dependenței. Copiii mai mici au nevoi mai mari pentru a juca aceste jocuri decât copiii mai mari, dependența corelând pozitiv cu scăderea vârstei jucătorului. S-a demonstrat că băieții au un risc de dependență mult mai semnificativ decât fetele.

Legătura dintre jocurile electronice violente și agresivitatea copiilor a fost cercetată intensiv. În 2004, Gentile și colab. au realizat un studiu complex vizând relația dintre jocurile electronice violente și agresivitate, pe 607 copii cu vârsta medie de 13,5 ani. Aceștia au fost expuși la jocuri electronice violente pentru a se determina dacă jocurile îi îndeamnă la comiterea unor agresiuni, dacă le influențează atitudinile față de profesori, notele școlare și comportamentele vizând relațiile cu ceilalți copii. Concluzia autorilor a fost că adolescenții care se autoexpun multor ore de joc electronic cu violență sunt mult mai ostili, intră în conflict cu profesorii mai des, au performanțe școlare mediocre și se angajează frecvent în „dezbateri fizice".

Legat tot de preferința adolescenților pentru jocurile violente, Uhlmann și Swanson (2004) au măsurat efectele expunerii la acest tip de jocuri pe un eșantion de 121 subiecți, rezultatele sugerând o autodirecționare a subiecților spre agresivitate. Krahe și Moller (2004) au publicat, la rândul lor, un studiu efectuat pe 231 subiecți (cu vârsta medie de 14,5 ani), cu privire la relația dintre expunerea și/sau preferința pentru jocuri electronice violente și unii factori de agresivitate, precum stilul atribuțional ostil. Ei au evidențiat relații semnificative între atracția pentru jocuri electronice violente și acceptarea normelor care scuză agresiunea fizică.

DEPRESIA CORELEAZĂ POZITIV CU VALOAREA FACTURII TELEFONICE

Depresia este văzută atât ca predictor al consumului problematic de telefonie celulară, cât și ca efect al acestui consum, la fel cum se întâmplă în cazul dependenței de Internet. Utilizarea problematică a telefoniei mobile este un subiect fierbinte în cercetarea mondială. Așa cum arătam în preambulul acestui capitol, se încearcă acreditarea dependenței de SMS-uri ca tulburare psihiatrică cu statut propriu, distinctă atât de dependența de Internet, cât și de alte dependențe cum ar fi alcoolismul, tabagismul, consumul de droguri sau jocurile de noroc. În Japonia, utilizarea nesănătoasă a Internetului și a telefoanelor mobile a devenit deja o problemă de sănătate publică, dovedindu-se că bărbații dezvoltă o dependență severă față de Internet, iar femeile – față de SMS-uri. Cele două dependențe sunt distincte factorial, deși ambele se asociază cu depresia (Lu, 2011).

În al doilea rând, cercetările vizează identificarea manifestărilor psihopatologice care pot fi puse în legătură cu utilizarea excesivă a telefoanelor mobile. Printre aceste efecte se numără: depresia, anxietatea, tulburările somnului, stresul psihologic marcant și oboseala cronică, comportamentele compulsive, repetitive, de verificare a emailurilor pe telefon și de accesare a diferitelor informații ș.a. Sevrajul cauzat de lipsa de răspuns la mesajele SMS este evidențiat în foarte puține studii.

Simptome psihopatologice identice cu cele prezente în tablourile clinice ale tulburării depresive și ale tulburării anxioase sunt analizate atât în calitate de predictori, cât și în calitate de efecte al consumului nesănătos de telefonie mobilă. Severitatea dependenței ar depinde, la rândul ei, de genul utilizatorului, deși nu s-a putut proba faptul că femeile indisolubil legate de telefoanele mobile ar dezvolta comportamente adictive mai puternice decât bărbații și un sevraj mai dureros, dacă ar fi private de convorbiri și SMS-uri. Ceea ce s-a putut demonstra a fost faptul că bărbații pot prezenta o mult mai severă depresie față de Internet, comparativ cu femeile.

Astfel, Lu *et. al* (2011) au realizat un studiu pe 92 de bărbați și 54 de femei, care au completat un chestionar de adicție privind Internetul, o scală privind autopercepția dependenței de SMS-uri, o scală de anxietate și depresie și un chestionar referitor la bolile cu transmitere sexuală. Dependența severă față de Internet a fost raportată pentru 6,1% din bărbații participanți la studiu și pentru

1,8% din femei. Nu au existat cazuri de dependență severă față de SMS-uri, iar corelația dintre utilizarea nesănătoasă a Internetului și a telefoanelor mobile, pe de o parte, și bolile cu transmitere sexuală, pe de altă parte, a fost una moderată. Simptomele de depresie, stresul și tulburările de somn s-au numărat printre efectele utilizării excesive a IT&C, deși mecanismele cauzale care determină astfel de tulburări rămân încă neclare. Totuși, diferențele de gen au fost evidențiate nu numai în ceea ce privește comportamentul de utilizare a telefonului mobil al femeilor și bărbaților, ci și în privința manifestărilor psihopatologice dezvoltate de utilizatorii de sexe diferite.

Thomée *et al.* (2007) au realizat un studiu de identificare a unor astfel de simptome psihopatologice la N = 1.127 de tineri cu un comportament de utilizare excesivă a computerelor și a telefoanelor mobile, evaluând variabilele de expunere, precum diferitele tipuri de utilizare ale IT&C și variabilele-efect, precum stresul perceput, simptomele de depresie și tulburările de somn.

În cazul femeilor, utilizarea excesivă a computerului și a telefonului mobil a fost asociată cu stresul și cu simptomele de depresie, în timp ce navigarea pe Internet a crescut riscul de a dezvolta tulburări de somn (*idem*). Totodată, a fost evidențiată o corelație între numărul zilnic de mesaje SMS vehiculate și stresul prelungit.

În cazul bărbaților, numărul de apeluri telefonice mobile și al mesajelor zilnice tip SMS a fost asociat cu tulburări de somn. Utilizarea SMS-urilor de către bărbați a fost, de asemenea, asociată cu simptome de depresie. Acest studiu a sugerat faptul că utilizarea nesănătoasă a telefonului ar putea avea un impact negativ asupra sănătății psihologice.

Lu *et al.*, 2011 găsesc, la rândul lor, că depresia se asociază atât cu dependența de Internet, cât și cu dependența de SMS-uri, deși cele două tipuri de dependențe au o structură factorială distinctă, așa cum am arătat anterior. În ceea ce privește anxietatea, aceasta corelează negativ cu dependența de SMS-uri, au mai arătat autorii citați.

Adolescenții cu simptome depresive petrec mai mult timp pe telefoanele celulare, transmit mai multe mesaje text și plătesc facturi mai mari, a arătat Yen (2009), într-un studiu realizat pe 10.191 de adolescenți. În același timp, consumul problematic de telefonie se asociază cu depresia respectivilor utilizatori.

Utilizarea excesivă de telefonie mobilă și de Internet, generatoare de stres psihologic și de simptome ale unor tulburări psihice, a mai fost pusă în relație și cu specializarea subiecților. Un studiu realizat de Beranuy *et al.* (2009), pe 365 studenți spanioli de la patru specializări diferite (psihologie, educație, jurnalism și studii de sănătate) a relevat că în cazul tuturor subiecților consumul problematic induce stres; la femei, consecințele negative ale utilizării dezadaptative a telefonului sunt mai multe decât la bărbați. În același timp, studenții la jurnalism (a căror activitate profesională este legată de aceste medii digitale de comunicare) au înfățișat un model mai nesănătos de utilizare a Internetului, comparativ cu studenții de la celelalte specializări.

Puține cercetări s-au focalizat însă asupra „sevrajului de SMS-uri", astfel încât să se poată evidenția modul în care oamenii reacționează la lipsa mesajelor-text.

Într-o cercetare de acest gen, Skierkowski și Wood (2012) au experimentat o restricție de SMS-uri, pe un grup de tineri cu vârste cuprinse între 18-23 de ani. Aceștia au raportat prezența anxietății în timpul perioadelor de restricție, ceea ce demonstrează încă o dată că transmiterea și recepționarea SMS-urilor a devenit un element integrat în viața de zi cu zi a tinerilor, dar și un instrument periculos de manipulare sentimentală, de care se pot folosi persoane fără scrupule.

În concluzie, utilizarea excesivă, obsesivă, a Internetului, vizând atât jocurile video online, cât și accesarea compulsivă a rețelelor de socializare poate determina probleme de sănătate mintală, având în prim plan depresia și anxietatea persoanelor în cauză, dificultăți școlare și psihosociale și poate predispune la dezvoltarea altor dependențe, precum fumatul sau consumul de alcool.

BIBLIOGRAFIE

1. AKIN, A., *The relationships between internet addiction, subjective vitality, and subjective happiness*, Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, **15**, *8*, 2012, p. 404-410.
2. BAER, S., SARAN, K., GREEN, D. A., HONG, I., *Electronic media use and addiction among youth in psychiatric clinic versus school populations*, Canadian Journal of Psychiatry / Revue canadienne de psychiatrie, 2012, **57**, *12*, p. 728-735.
3. BERANUY, M., OBERST, U., CARBONELL, X., CHAMARRO, A., *Problematic internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence*, Computers in Human Behavior, 2009, **25**, *5*, p. 1182-1187.
4. BIOULAC, S., ARFI, L., BOUVARD, M. P., *Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children*, European Psychiatry, 2008, **23**, *2*, p. 134-141.
5. FARAHANI, H. A., KAZEMI, Z., AGHAMOHAMADI, S., BAKHTIARVAND, F., ANSARI, M., *Examining mental health indices in students using Facebook in Iran*, Procedia – Social and Behavioral Sciences, 2011, *28*, p. 811-814.
6. FLOROS, G., SIOMOS, K., *The relationship between optimal parenting, Internet addiction and motives for social networking in adolescence*, Psychiatry Research, In Press, Corrected Proof, disponibil online, 2013.
7. FRANGOS, C. C., FRAGKOS, K. C., PIPEROPOULOU, A. N., *Playing violent games, internet café visits and degree of daily schedule disruption predict internet addiction in a sample of Greek young internet café users*, European Psychiatry, **26**, *1*, 2011, p. 39.
8. GAETAN, S., BONNET, A., PEDINIELLI, J.-L., *Perception de soi et satisfaction de vie dans l'addiction aux jeux vidéo chez les jeunes adolescents (11–14 ans)*, L'Encéphale, **38**, *6*, 2012, p. 512-518.
9. GENTILE, D. A., LYNCH, P. J., LINDER, J. R., WALSH, D. A., *The effects of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviors, and school performance*, Journal of Adolescence, **27**, *1*, 2004, p. 5-22.
10. HAWI, N.S., *Internet addiction among adolescents in Lebanon*, Computers in Human Behavior, **28**, *3*, 2012, p. 1044-105.
11. HUGHES, D., ROWE, M., BATEY, M., LEE, A., *A tale of two sites: Twitter vs. Facebook and the personality predictors of social media usage*, Computers in Human Behavior, **28**, *2*, 2012, p. 561-569.
12. JIANG, Q., HUANG, X., *Chapter 89 – Internet: Immersive Virtual Worlds*, Principles of Addiction, 2013, p. 881-890.
13. KESER, H., ESGI, N., *An analysis of self-perceptions of elementary school students in terms of computer game addiction*, Procedia – Social and Behavioral Sciences, *46*, 2012, p. 247-251.

14. KIM, E. J., NAMKOONG, K., KU, T., KIM, S. J., *The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits*, European Psychiatry, **23**, *3*, 2008, p. 212-218.
15. KRAHE, B., MOLLER, I., *Playing violent electronic games, hostile attributional style and aggression-related norms in german adolescents*, Journal of Adolescence, **27**, *1*, 2004, p. 53-69.
16. KUSS, D. J., GRIFFITHS, M. D., BINDER, J. F., *Internet addiction in students: Prevalence and risk factors*, Computers in Human Behavior, **29**, *3*, 2013, p. 959-966.
17. LU, X., WATANABE, J., LIU, Q., UJI, M., SHONO, M., KITAMURA, T., *Internet and mobile phone text-messaging dependency: Factor structure and correlation with dysphoric mood among Japanese adults*, Computers in Human Behavior, **27**, *5*, 2011, p. 1702-1709.
18. NADKARNI, A., HOFMANN, S., *Why do people use Facebook?*, Personality and Individual Differences, **52**, *3*, 2012, p. 243–249.
19. ODACI, H., ÇELIK, C. B., *Who are problematic internet users? An investigation of the correlations between problematic internet use and shyness, loneliness, narcissism, aggression and self-perception*, Computers in Human Behavior, **29**, *6*, 2013, p. 2382-2387.
20. ONG, E., ANG, R., HO, J., LIM, J., GOH, D., LEE, C., CHUA, A., *Narcissism, extraversion and adolescents' self-presentation on Facebook*, Personality and Individual Differences, **50**, *2*, 2011, p. 180–185.
21. PARK, S., HONG, K. E. M., PARK, E.J., HA, K. S., YOO, H. J., *The association between problematic internet use and depression, suicidal ideation and bipolar disorder symptoms in Korean adolescents*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, **47**, *2*, 2013, p. 153-159.
22. POPA, C., *Noi comportamente adictive. Internetul patologic, dependența de SMS-uri și de televizor*, București, Editura Universitară, 2013.
23. POPA, C., CIOBANU, A., BĂNICĂ, G., *Dependența adolescenților de IT&C – conduite adaptative și disfuncționale*, Revista de psihologie, **59**, *4*, 2013.
24. ROSEN, L. D., WHALING, K., RAB, S., CARRIER, L. M., CHEEVER, N. A., *Is Facebook creating "Disorders"? The link between clinical symptoms of psychiatric disorders and technology use, attitudes and anxiety*, Computers in Human Behavior, **29**, *3*, 2013, p. 1243-1254.
25. SHELDON, P., *The relationship between unwillingness-to-communicate and students' Facebook use*, Journal of Media Psychology, *20*, 2008, p. 67–75.
26. SKIERKOWSKI, D., WOOD, R. M., *To text or not to text? The importance of text messaging among college-aged youth*, Computers in Human Behavior, **28**, *2*, 2012, p. 744-756.
27. THOMÉE, S., EKLÖF, M., GUSTAFSSON, E., NILSSON, R., HAGBERG, M., *Prevalence of perceived stress, symptoms of depression and sleep disturbances in relation to information and communication technology (ICT) use among young adults – an explorative prospective study*, Computers in Human Behavior, **23**, *3*, 2007, p. 1300-1321.
28. THORENS, G., KHAZAAL, Y., ZULLINO, D., *Traitement par thérapie cognitivo-comportementale d'une addiction Internet spécifique: un apport théorique illustré par une étude de cas d'un patient souffrant d'une addiction à un jeu de rôle en ligne massivement multijoueurs (MMORPG)*, Journal de thérapie comportementale et cognitive, **22**, *2*, 2012, p. 60-67.
29. UHLMANN, E., SWANSON, J., *Exposure to violent video games increases automatic aggressiveness*, Journal of Adolescence, **27**, *1*, 2004, p. 41-52.
30. YEN, C. F., TANG, T. C., YEN, J. Y., LIN, H. C., HUANG, C. F., LIU, S. C., KO, C. H., *Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan*, Journal of Adolescence, **32**, *4*, 2009, p. 863-873.
31. ZLATE, M., *Introducere în psihologie*, București, Casa de editură și presă „Șansa" SRL, 1996.

Capitolul 18

DEPRESIA – ABORDARE PSIHOTERAPEUTICĂ INTEGRATIVĂ

VALENTIN DINU

În acest capitol ne vom referi la abordarea psihoterapeutică integrativă a depresiei, fixând, pentru început, domeniile de aplicabilitate ale acesteia. Un scop major al psihoterapiei integrative este acela de a folosi relația terapeut-client ca bază pentru relații sănătoase cu alte persoane și pentru satisfacerea sensului Self-ului. Prin integrare, persoanele pot face față oricărui moment de spontaneitate și flexibilitate în rezolvarea problemelor vieții și în relația cu alte persoane (Drobot, 2009).

Propunându-și realizarea unei sinteze a patru modele contemporane ale psihoterapiilor integrative de scurtă durată (psihoterapia restructuratoare de scurtă durată, sistemul de analiză cognitiv-comportamentală a psihoterapiei, psihoterapia dinamică limitată în timp și terapia care integrează sisteme cibernetice, fenomenologie existențială și abordări narative orientate spre soluții), Fosha (2004, apud Dafinoiu și Vargha, 2005) introduce noțiunea de „factori comuni dialectici" ai acestor terapii, pe care îi definește ca fiind acei factori relevanți din punctul de vedere al psihoterapiei, care implică doi poli aflați într-o aparentă opoziție.

Alăturarea acestor poli contribuie la o mai profundă înțelegere a implicării lor în procesul terapeutic decât conceptualizarea lor separată, aparenta lor contradicție dizolvându-se în realizarea faptului că, la un nivel mai profund, pozițiile lor, care pot crea falsa impresie a unei excluderi reciproce, sunt în realitate complementare. Astfel, ideea de factori comuni dialectici surprinde însăși esența psihoterapiei integrative, ea reprezentând integrarea tuturor aspectelor surprinse, cu privire la client și la materialul clinic, la nivelul atitudinii terapeutului.

Autoarea citată identifică următorii factori comuni ai psihoterapiei integrative de scurtă durată:

a) Empatie vs. Autenticitate;
b) Validare și acceptare vs. Înfruntare și provocare a patternurilor maladaptive;
c) Suport vs. Confruntare;
d) Clientul știe cel mai bine vs. Terapeutul este expertul;
e) Experiența emoțională corectivă vs. Procese tranzacționale ciclice;
f) Concentrare asupra excepției de la regulă vs. Focalizare asupra patternului maladaptiv;
g) Concentrare asupra sănătății și resurselor clientului vs. Focalizare asupra patologiei și a tulburărilor prezentate de către client;

h) Concentrare asupra viitorului (respectiv asupra obiectivelor şi năzuinţelor clientului) vs. Focalizare asupra trecutului (respectiv asupra motivelor datorită cărora clientul este aşa cum este).

Ţinând cont de aceşti factori, diferiţi terapeuţi pot recurge la o abordare eclectică, din raţiuni foarte diferite. Important este ca terapeuţii să opteze pentru o astfel de atitudine pentru că le oferă o flexibilitate superioară şi o gamă mai largă de proceduri care pot fi utilizate, astfel încât să-şi poată adapta intervenţia la nevoile şi particularităţile clientului, fără a-i pretinde acestuia să se adapteze el la caracteristicile unei anumite metode.

Jorgensen (2004) consideră înclinaţia spre eclectism drept o virtute, atunci când se pune problema ajustării tratamentului după problemele şi nevoile specifice ale clientului.

În cadrul majorităţii sistemelor psihoterapeutice apar următoarele elemente comune: relaţia stabilită între pacient şi terapeut; exprimarea liberă şi deschisă a trăirilor afective ale pacientului; înţelegerea intuitivă („insight") a unor probleme psihologice personale, cât şi ideea dezvoltării personalităţii pacientului, a realizării unor disponibilităţi psihice latente ale acestuia, a evoluţiei sale psihologice, în sensul achiziţionării unor modele de comportament care să conducă la o adaptare de nivel superior a personalităţii (Holdevici, 1996, p. 9).

Scopul terapiei integrative este acela de a facilita întregul, reprezentând maximizarea spaţiului de funcţionare intrapsihic, interpersonal şi social al fiinţei umane, cu respectul datorat fiecărui individ, cu recunoaşterea limitelor personale exterioare ale fiecăruia.

Domeniile psihoterapiei integrative se substituie dimensiunilor cognitive, comportamentale, afective şi fiziologice (Drobot, 2009). În aceste domenii, pe care le vom menţiona în continuare, se produce însăşi experienţa terapeutică:

- *domeniul cognitiv*: experienţele cognitive au loc prin alianţa terapeutică între Starea de Eu-Adult a clientului şi cea a terapeutului. Aici includem contractarea schimbării, planificarea strategiei necesare schimbării şi cercetarea insight-ului din vechile patternuri.
- *domeniul comportamental*: experienţele comportamentale îl implică pe client în comportamentele noi care se opun vechiului sistem al scriptului şi care vor evoca răspunsuri de la ceilalţi, prin colectarea amintirilor de întărire a scriptului. În unele cazuri se dă „temă de casă", pentru ca experienţa terapeutică să se extindă în afara şedinţelor de terapie; în timpul şedinţei terapeutice, invităm clientul să se comporte diferit cu noi, cu alţi membri ai grupului şi – in vitro cu alte persoane care l-au ajutat să construiască şi să menţină scriptul vieţii.
- *domeniul afectiv*: experienţele afective, deşi implică sentimente curente, sunt formate din experienţe arhaice şi/sau introiecţii care apar atunci când ne întoarcem la o vârstă la care introiecţiile originale au fost preluate de scriptul vieţii sau când acele introiecţii au fost întărite. În această stare de regresie, clientul simte şi gândeşte în versiunea sa „tânără", eliberând atitudini şi decizii care i-au creat scriptul vieţii. Prin regresia realizată se exprimă sentimente, nevoi şi dorinţe refulate şi se experimentează

contactul care nu a fost posibil în trecut. Deciziile inhibitorii pot astfel să fie reevaluate şi regândite.
- *domeniul fiziologic*: Wilhelm Reich (1945) a subliniat că oamenii trăiesc „structurile" care-i caracterizează prin fiziologic. Deciziile din cadrul scriptului vieţii implică o anumită distorsiune a contactului rezultat, concretizate într-un grad de tensiune musculară, somatizări.

Contactul anterior menţionat facilitează dizolvarea apărării şi integrarea părţilor refulate. Prin integrare, experienţele nerezolvate ale clientului devin parte din întreg. Conceptul de contact este baza teoretică a psihoterapiei integrative, din care au derivat şi intervenţiile clinice specifice. Transferul, regresia Stărilor Eului, activarea influenţei intrapsihice a introiecţiei, prezenţa mecanismelor de apărare sunt toate înţelese ca fiind consecinţe ale deficienţelor unor contacte anterioare. Cele patru dimensiuni ale funcţionării umane (afectiv, comportamental, cognitiv şi fiziologic) reprezintă un ghid important în determinarea deschiderii sau închiderii contactului.

Loredana Drobot şi Oana Maria Popescu formulează principiile psihoterapiei integrative strategice, bazate pe modelul propriu – al celor patru domenii ale sinelui şi pe studierea literaturii de specialitate (Drobot şi Popescu, 2013, p. 117-120):

Principiul 1. Factorii terapeutici comuni sunt principalii factori responsabili de schimbarea terapeutică.

Principiul 2. Mitul sau raţionamentul terapeutic prezentat clientului trebuie să fie flexibil şi adaptat nevoilor clientului.

Principiul 3. Stadiile tratamentului psihoterapeutic şi strategia terapeutică se centrează pe: realizarea alianţei terapeutice, dezvoltarea şi menţinerea relaţiei terapeutice, diagnosticul categorial şi dimensional (în special diagnosticul psihoterapeutic şi diagnosticul relaţional), formularea cazului, prezentarea unui mit terapeutic, realizarea unui plan de tratament, selectarea intervenţiilor adecvate, gestionarea structurii verbale şi non-verbale a psihoterapiei, re-învăţarea, transferarea abilităţilor achiziţionate în psihoterapie în mediul clientului.

Principiul 4. Nivelul dezvoltării personale a psihoterapeutului corelează cu rezultatul psihoterapiei.

Principiul 5. Psihoterapeuţii integrativi trebuie să utilizeze intervenţii diferite la clienţi diferiţi, potrivind intervenţiile necesităţilor clientului.

Principiul 6. Cadrul teoretic integrativ trebuie să ia în considerare principalele orientări psihoterapeutice, incluzând: aspecte cognitive, comportamentale, psihodinamice, sistemice, de dezvoltare, umanist-existenţiale, multiculturale, de personalitate şi motivaţie.

Principiul 7. Principiul flexibilităţii – psihoterapeutul integrativ trebuie să fie flexibil şi să aleagă o abordare adecvată problemei de prezentare şi nevoilor relaţionale ale clientului, adaptând strategia terapeutică la nevoile clientului.

Principiul 8. Psihoterapia integrativă se bazează pe cercetare.

Am ales să prezentăm în continuare un model consacrat în Europa de abordare psihoterapeutică integrativă („Modelul relaţional de dezvoltare"), precum şi un model personal („Modelul octaedric de abordare a personalităţii").

MODELUL RELAȚIONAL DE DEZVOLTARE

Modelul relațional de dezvoltare a fost preluat de la Kenneth Evans și Maria Gilbert (2010, p. 50). Acești autori, în abordarea integrativă pe care o propun, se concentrează pe dezvoltarea sinelui și, anume, pe diferite aspecte ale sinelui în relație. Ei consideră că „schimbarea în psihoterapie poate apărea în una, mai multe sau toate aceste arii. La un moment dat, pentru orice client, unul din aceste puncte va fi mai important decât altele, iar la un alt stagiu al vieții, altele vor fi în centru. Vedem, de asemenea, că toate aceste arii de experiență proprie sunt, în mod inevitabil, inter-relaționate, dar considerăm că este mai util să ne concentrăm pe fiecare separat, pentru a evidenția anumite aspecte unice ale propriei experiențe:

– din punct de vedere *biologic*: relația sinelui cu corpul;
– din punct de vedere *intra-psihic*: relația sinelui cu sinele;
– din punct de vedere *inter-personal*: relația sinelui cu alții;
– din punct de vedere *intra-cultural*: relația cu rasa, cultura, naționalitatea, lumea afacerilor, contextul lărgit;
– din punct de vedere *ecologic*: relația sinelui cu natura;
– din punct de vedere *transcedental*: relația sinelui cu transcendența".

MODELUL OCTAEDRIC DE ABORDARE A PERSONALITĂȚII

Ne-am propus prezentarea unui model propriu de abordare a personalității, cu ajutorul „fațetelor de personalitate" preluate din literatura psihologică. Acest model se dorește a fi un model „general" de abordare a personalității, inclusiv de abordare psihoterapeutică.

Nu întâmplător ne-am oprit la includerea personalității și a modelului octaedric în acest capitol care se referă la psihoterapia depresiei. Considerăm că depresia, împreună cu simptomele aferente (fie că sunt organice, cognitive, emoționale, comportamentale) nu se instalează haotic, la un organ sau altul, ci afectează tocmai personalitatea individului ca structură ultimă, integratoare. Psihoterapia, la rândul ei, vizează personalitatea și „acționează" asupra ei în ultimă instanță, mai ales că, ținând cont de complexitatea depresiei, eliminarea doar a simptomelor de la un nivel sau altul nu este suficientă pentru un deziderat al vindecării și al stabilității în timp al acesteia.

Personalitatea nu este fixă, rigidă, o formă finală asupra căreia nu putem acționa ci, dimpotrivă, este plastică, dinamică și se poate modifica/ameliora, fie în urma influențelor externe, fie a celor interne sau a rezultatului interacțiunii dintre factorii interni și cei externi. Acest lucru ne ajută să înțelegem mai ușor „instalarea" și „manifestarea" depresiei, dar și să fim optimiști în legătură cu „influența" psihoterapiei pentru a stabili echilibrul și buna funcționare a individului.

Vom defini succint personalitatea ca reprezentând *sistemul relativ stabil de caracteristici psihologice care influențează modul în care individul interacționează cu mediul său*. Noțiunea de sistem este cea mai potrivită în cazul personalității, întrucât trăsăturile, capacitățile, abilitățile psihice nu acționează la întâmplare, „fiecare de capul ei", ci interacționează, se comportă ca „un întreg".

Când vorbim de personalitate avem în vedere atât *comportamentul extern* (manifest, observabil), cât și *starea internă* a individului (sistemul de valori, principii, atitudini, dorințe, așteptări etc.).

„În realitate, componentele personalității interacționează unele cu altele, se organizează se relaționează reciproc, se ierarhizează dând naștere unei structuri ce dispune de o arhitectonică specifică. În existența concretă a individului ceea ce contează este nu atât prezența sau absența uneia din aceste laturi, nu atât gradul lor de dezvoltare, cât modul propriu în care se structurează. Tocmai de aceea, psihologia trebuie să se centreze pe evidențierea structurii personalității, a relațiilor reciproce existente între laturile și componentele ei care conduc, în plan psihocomportamental, la efecte diverse" (Zlate, 2000, p. 299).

Personalitatea este, totodată, cea care mediază receptarea și acceptarea influențelor din exterior, ea le integrează în structurile sale și le transformă în pârghii orientative și reglatorii pentru toate manifestările omului. Tot ea își pune amprenta pe orice fenomen psihic, pe orice reacție și chiar pe chipul unei persoane. Ea dă fiecăruia o anume valoare. Numai omul are personalitate și pe măsură ce ea apare și se dezvoltă produce următoarele efecte asupra manifestărilor acestuia (Crețu, 2001, p. 312): stabilizează conduitele și le direcționează unitar, le face să fie adaptate la condițiile prezente, dar și la cele viitoare; asigură consensul gândului cu fapta, a proiectelor cu realizarea; valorifică toate posibilitățile și capacitățile omului; determină o implicare profundă în relațiile cu lumea, tinzând către transformarea creatoare a acesteia.

Dar toate însușirile personalității sunt, așa cum am arătat, în relație foarte strânsă unele cu altele, ele alcătuiesc, de fapt, structura. Personalitatea este o structură care se dezvoltă în timp și care prezintă diferențe de la o persoană la alta, având în vedere:

a) gradul de dezvoltare a componentelor sale;

b) gradul de integrare în întreg a tuturor elementelor personalității, în sensul că personalitățile puternice prezintă legături strânse între componente iar unele dintre acestea le integrează pe toate celelalte;

c) stabilitatea structurii de personalitate care se obține către tinerețe și la vârsta adultă (la copii aceasta este schimbătoare, labilă); mobilitatea structurii de personalitate, în sensul adaptării ei ușoare la schimbările mediului.

Personalitatea funcționează ca un sistem, nu este o entitate încremenită, ci una vie, dinamică. Între componentele ei, organizate ierarhic, sunt relații strânse. În același timp, legăturile dintre componente sunt substanțial-energetice, funcționale, informaționale directe și inverse, astfel că se poate realiza finalitatea adaptativă a personalității, integrarea și adaptarea optimă la ambianța socială.

Psihologii, în încercarea de a inventaria cât mai multe elemente componente ale personalității (indiferent dacă acestea se numesc însușiri, trăsături, factori), în strădania de a depista structurile, sistemele și subsistemele personalității (subsistemul cognitiv, subsistemul dinamico-energetic, cel afectiv-motivațional etc.), ca și în dorința de a organiza personalitatea (în structuri, niveluri, dimensiuni), pierd cel mai adeseori din vedere tocmai personalitatea. Or, în personalitatea totală, integrală a omului – pe care o concepem din perspectiva filosofiei, pe de o parte, ca personalitate concretă, iar, pe de altă parte, ca ideal al realizării, semnificație au nu atât însușirile, „configurațiile de

trăsături", structurile, sistemele şi subsistemele personalităţii, ci modul particular de integrare şi utilizare comportamentală a acestora.

Astfel, o mare importanţă are ceea ce este omul în realitate, ce crede el că este, ce doreşte să fie, ce gândeşte despre alţii, ce consideră că gândesc alţii despre el, comportamentul său manifestat fiind în funcţie de unul sau altul dintre aceste elemente sau de modul particular de integrare şi funcţionare a acestora. Se ştie din experienţa cotidiană că unii oameni se comportă aşa cum sunt, în timp ce alţii se poartă aşa cum îşi închipuie că sunt sau cum cred că aşteaptă ceilalţi să se comporte. Pe de altă parte, în relaţiile interpersonale contează nu atât cum este omul în realitate, ci cum se manifestă el în contactele cu ceilalţi, deci nu atât însuşirile sau trăsăturile sale ascunse, „ţinute sub cheie" ci cele care se exteriorizează, care sunt făcute „publice". Aceasta ne face să credem că în personalitatea totală a omului există de fapt, mai multe „feţe" ale acesteia. Toate aceste „feţe" ale personalităţii nu deţin o valoare în sine, ci aceasta apare din interacţiunea lor. Relaţiile de tip cooperator, conflictual sau compensator dintre ele vor conduce la acea configuraţie unică pe care o denumim personalitatea integrală, totală a omului (Zlate, 1997).

Modelul sintetic-integrativ al personalităţii propus de Zlate implică două tipuri de demersuri: unul analitic, vizând descrierea şi caracterizarea succintă a fiecărei feţete a personalităţii; altul sintetic, ţintind spre surprinderea tipurilor de personalitate reieşite din interacţiunea şi configurarea specifică a componentelor desprinse. În continuare vom prelua cele două tipuri de demersuri (analitic şi sintetic) ale psihologului român (vezi Zlate, *op. cit.*, p. 50 şi urm.), aşa cum au fost ele prezentate, întrucât constituie baza teoretică fundamentală pentru modelul octaedric de abordare a personalităţii propus de noi.

1. *Personalitatea reală (PR)* este constituită din ansamblul proceselor, funcţiilor, tendinţelor, însuşirilor şi stărilor psihice de care dispune omul la un moment dat şi pe care le poate pune oricând în disponibilitate, fapt care îi asigură identitatea şi durabilitatea în timp.

2. *Personalitatea autoevaluată (PA)* cuprinde totalitatea reprezentărilor, ideilor, credinţelor individului despre propria sa personalitate, incluse, de regulă, în ceea ce se numeşte imaginea de sine.

3. *Personalitatea ideală (PI)* este cea pe care individul doreşte să o obţină. Ea nu se referă la ceea ce este un individ în realitate sau la ceea ce crede el despre sine, ci la ceea ce ar dori să fie, la cum ar dori să fie, ea reprezintă personalitatea proiectată în viitor, idealul care trebuie atins, modelul pe care individul îşi propune să-l construiască în decursul vieţii sale.

4. *Personalitatea percepută (PP)* cuprinde ansamblul reprezentărilor, ideilor, aprecierilor cu privire la alţii. Aşa cum individul îşi elaborează o imagine de sine, tot aşa el îşi formează şi o imagine despre alţii, care îl ghidează în comportamentele sale faţă de aceştia.

5. *Personalitatea proiectată (Ppro)* cuprinde ansamblul gândurilor, sentimentelor, aprecierilor despre care individul crede că le au, le nutresc alţii despre sine. Ca o construcţie prin excelenţă a individului dat, ea este ceea ce Valeriu Ceauşu denumeşte „imaginea de sine atribuită lumii" (Ceauşu, 1983, p. 41), mai precis *„ce cred eu că gândesc alţii despre mine"*. Raportată la planul relaţiilor interpersonale, ea implică

„ghicirea" alegerilor sau respingerilor făcute de o altă persoană (transparenţă) sau de întregul grup (transpătrundere) referitoare la sine, presupunând un gen de empatie, deci de transpunere în stările psihice ale altcuiva (Mamali, 1974). O asemenea imagine este uneori expresia celor mai intime dorinţe ale individului de a apărea în „ochii lumii", iar alteori reprezintă reflexul imediat al comportamentului celorlalţi faţă de persoana respectivă.

6. *Personalitatea manifestată (PM)* este reprezentată de ansamblul trăsăturilor şi însuşirilor ce-şi găsesc expresia în modalităţile particulare, proprii, specifice de exteriorizare şi obiectivare comportamentală. Prin conţinutul său, personalitatea manifestată este o construcţie psihocomportamentală sintetică, deoarece cuprinde fie aspecte, laturi, părţi din fiecare faţetă a personalităţii, fie toate faţetele articulate şi integrate între ele. Manifestarea personalităţii este dictată atât de interioritatea psihică a individului, cât şi de particularităţile şi „cerinţele" situaţionale în care aceasta acţionează.

Cele expuse până acum ne-au evidenţiat faptul că faţetele personalităţii dispun de o natură, structură şi funcţionalitate proprii distincte, care le individualizează pe unele în raport cu altele. Astfel, PR şi PM sunt faţetele „mai obiective" ale personalităţii, în timp ce toate celelalte sunt faţetele ei subiective.

Totodată, a reieşit, implicit, faptul că faţetele personalităţii nu sunt izolate, separate unele de altele, ci că, dimpotrivă, se întrepătrund, se presupun reciproc, se intersectează şi se convertesc unele în altele. Datorită relaţiilor de cooperare sau conflictuale dintre ele, de prelungire a unora în altele sau de compensare a lor, ca şi relaţiilor de asociere sau de discrepanţă şi disjuncţie valorică, personalitatea umană capătă o „înfăţişare" aparte.

Pornind de la cele şase faţete ale personalităţii puse în evidenţă de psihologul român M. Zlate, am încercat să realizez un model grafic, comprehensiv, al personalităţii integrale/totale. Am denumit modelul construit „Model octaedric de abordare a personalităţii" (fig. 1). Acesta cuprinde toate cele şase faţete şi toate tipurile de legături dintre ele, legături identificate mai mult sau mai puţin explicit şi de alţi autori. Modelul octaedric a fost prezentat şi cu altă ocazie (Dinu, 2011), dar revin în această lucrare cu varianta lui uşor modificată şi adaptată abordării psihoterapeutice integrative. Astfel, pe lângă cele şase faţete ale personalităţii (prezente şi în vechiul model grafic), am adăugat în vârful octaedrului (situat în partea superioară) EUL (ca factor integrator) care „pătrunde" în *Planul Spiritual*, iar faţeta P.R. (personalitatea reală) am poziţionat-o în centrul figurii. Această faţetă este mai dificil de cercetat în practică; am putea-o considera „nucleul", esenţa personalităţii, faţeta oarecum „obiectivă", mai stabilă şi supusă cel mai puţin „influenţelor contextuale, tranzitorii" atât personale, cât şi interpersonale (spre deosebire de faţetele P.A., P.I., P.P., P.Pro şi P.M.).

Eul este fapt de conştiinţă, dar nu orice fel de conştiinţă, ci o conştiinţă reflexivă, însoţită deci de gândire; în cazul Eului este vorba despre conştiinţa de sine. Esenţial pentru individ este intenţionalitatea sa, orientarea spre realizarea scopurilor. În momentul de faţă, Eul este conceput ca organizator al cunoaşterii şi ca reglator al conduitei dispunând însă, atât într-un caz, cât şi în celălalt, de o puternică bază afectiv-motivaţională.

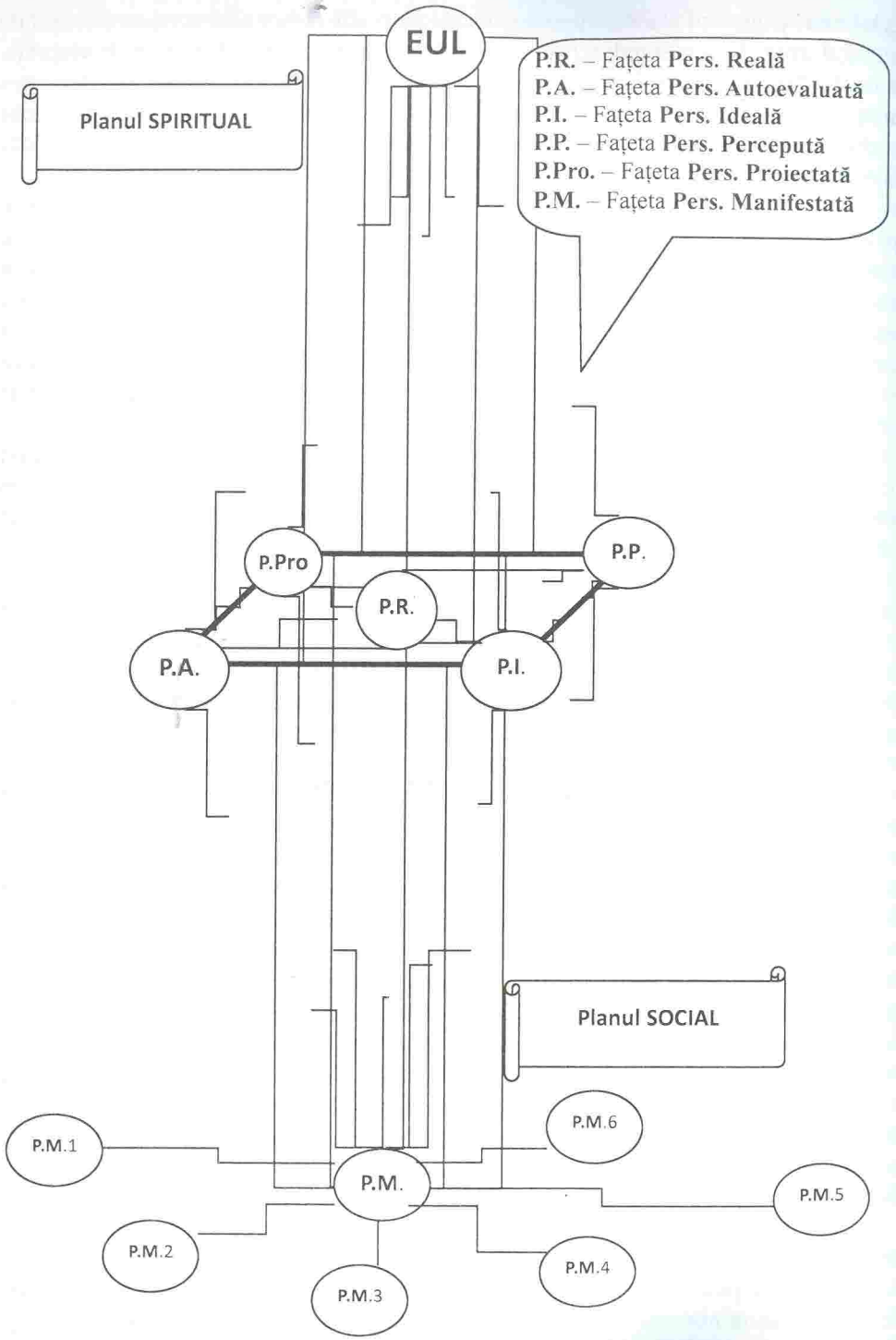


Figura 1 – Modelul octaedric de abordare a personalității.

Psihologul român Mielu Zlate consideră că Eul este un construct sintetic şi personal care izvorăşte din simțire, urcă la reflexie şi se exprimă în conduită, fiind susținut permanent afectiv-motivațional. Prin intermediul unui asemenea construct individul se conceptualizează pe sine însuşi, se evaluează şi îşi anticipă comportamentul. Prin termenul de construct, aplicat Eului, vizăm nu doar produsul obținut la un moment dat, ci chiar procesul prin intermediul căruia el se obține. Avem în vedere mai ales procesul de sintetizare, de implicare şi integrare succesivă a diferitelor componente ale vieții psihice până la nivelul conştiinței de sine, adică până la Eu (Zlate, 1997, p. 105-109).

Eul şi fațeta P.M. (personalitatea manifestată) se află în vârfurile „mai ascuțite" ale modelului; am vrut să evidențiem grafic faptul că nu toate „contribuțiile" şi „influențele" celorlalte fațete ale personalității se regăsesc în comportamentul extern, observabil, exprimat prin intermediul fațetei P.M. (ele sunt „cenzurate", „selectate" în funcție de cerințele şi restricțiile mediului extern, social) şi nici toate „contribuțiile" şi „influențele" celorlalte fațete ale personalității (inclusiv P.M.) nu au un impact major asupra Eului (care se ridică la nivel spiritual). Nu orice contribuție este asimilată de personalitatea reală a individului (situată în centrul figurii şi „protejată" ca un nucleu), ci influențele sunt triate şi cenzurate în funcție de cerințele şi restricțiile mediului intern, psihologic.

Să ne gândim ce s-ar fi putut întâmpla dacă, de exemplu, nu ar fi existat aceste „filtrări" şi „îngustări" ale Eului (mecanismele de apărare, de ce nu) – probabil că orice situație banală cu impact negativ ar fi devenit o traumă care ne-ar fi afectat conştiința de sine, rostul nostru în lume, întreaga dimensiune spirituală, însăşi esența existenței noastre şi de care n-am fi putut scăpa niciodată! Sau să ne gândim la situația în care am fi exprimat în comportament, prin intermediul fațetei P.M. (personalitatea manifestată), tot ceea ce ne-ar fi trecut prin cap la un moment dat. Unde am fi ajuns dacă personalitatea manifestată nu s-ar fi îngustat şi, asemenea unei pâlnii, n-ar fi lăsat să se exprime în exterior decât o mică parte din tot ceea ce primeşte?

În relație cu fațeta P.M. se află nu doar celelalte cinci fațete ale personalității integrale/totale (incluse în model), ci şi alte „fațete P.M." (personalități manifestate), ale altor indivizi cu care interacționăm în planul social; prin aceasta considerăm că am reuşit să păstrăm în prezentarea noastră grafică personalitatea ancorată în „realitate", să n-o „rupem" nici de mediul intern/psihologic, dar nici de cel extern/social. Bineînțeles că în spatele fiecărei „fațete P.M." (cu care ne întâlnim în mediul social) se află câte un „octaedru" cu toate celelalte cinci fațete. În interacțiunile sociale, în primă fază, ne este accesibilă doar această fațetă a personalității manifestate (P.M.).

În planul din față al octaedrului, reprezentând personalitatea integrală/totală, am pus, nu întâmplător, cele două fațete P.A. (personalitatea autoevaluată) şi P.I. (personalitatea ideală) care, după părerea noastră, au o importanță mai mare atât în ceea ce priveşte „formarea", „dezvoltarea" şi „supraviețuirea" personalității ca un tot unitar, dar sunt şi mai „accesibile" din punct de vedere al cunoaşterii. Ele sunt mai uşor accesibile atât individului în cauză (pot fi conştientizate anumite „conținuturi" şi

„influențe" ale acestor fațete asupra personalității și comportamentului în ansamblu), cât și celor care doresc să-l cunoască și interacționează cu individul respectiv. Probabil că, datorită acestui fapt, cele mai multe dintre instrumentele psihologice surprind aceste două fațete iar cele mai multe forme de intervenție psihologică (training, terapie, consiliere psihologică) se adresează în primul rând fațetei ideale a personalității și fațetei autoevaluate a acesteia.

Referindu-ne la aceasta din urmă (P.A. – personalitatea autoevaluată), nu putem să nu amintim o componentă esențială a acesteia, anume „imaginea de sine". „Imaginea de sine" este rezultatul autocunoașterii (Ceauşu, 1983). Subiectul nu reacționează la un stimul, ci la „așteptările" sale în legătură cu evoluția situației. În aceste „așteptări", dependente în mare măsură și de calitatea reacțiilor similare anterioare (experiența), sunt implicate și o serie de evaluări ale propriilor posibilități, în raport cu dificultățile certe sau posibile ale situației. Prin tot ceea ce întreprinde, individul apără, afirmă sau tinde să creeze celor din jur o anumită imagine despre sine. „Imaginea de sine" este expresia concretizată a modului în care se vede o persoană oarecare (sau se reprezintă pe sine). Imagine de sine este contaminată de dorința, dar și de modul în care evaluează ceilalți persoana respectivă.

A. Bandura (1982) introduce conceptul de „eficiență a sinelui" care se referă la sensul stimei de sine și valorii sinelui, la sentimentul adecvării și eficienței în relația cu viața, la perceperea propriei noastre abilități de „a produce" și de „a controla" evenimentele din viața noastră. A realiza și a menține standardele noastre de performanță înseamnă „eficiența sinelui" (apud Schultz, 1986, p. 388).

Persoanele cu o „eficiență scăzută a sinelui" se simt neajutorate, incapabile să exercite vreo influență asupra condițiilor și evenimentelor care le afectează. Ele cred că orice efort pe care-l fac este zadarnic, fără valoare. Ajung ușor la depresie, descurajare, sentimente de lipsă de valoare, consum de alcool, resemnare, retragere în fantezie și au un grad înalt de anxietate.

Persoanele cu înaltă „eficiență a sinelui" consideră că sunt capabile în relația efectivă cu evenimentele vieții, persistă în eforturile lor un timp mai îndelungat decât cei cu scăzută eficiență a sinelui, așteaptă succesul și luptă cu obstacolele.

„Respectul de sine" reprezintă consecința firească a unor succese înregistrate în activitatea desfășurată în acord cu sine, în concordanță cu propriile convingeri și idealuri. O încredere în sine excesivă poate conduce oamenii să evite căutarea de informații critice pentru rezolvarea unor probleme sau la evitarea unor informații care le amenință propria imagine (Knight, Nadel, 1986, *op. cit.*).

„Există trei feluri de influențe care acționează asupra *imaginii de sine* a individului:

1) Succesele și eșecurile personale;

2) Opiniile celorlalți despre persoana în cauză;

3) Rezonanța psihică (subiectivă) care rezultă din raportarea a ceea ce face și cum trăiește persoana în cauză față de ce și cum simte că ar trebui să trăiască" (Șchiopu, 1997).

Adeseori, nivelul scăzut al autostimei corelează cu lipsa asertivității, cu vorbirea interioară cu conținut perfecționist și cu dificultatea de a exprima propriile sentimente (Holdevici, 2000).

Din aceste „influențe" asupra imaginii de sine putem să deducem legăturile existente între fațeta P.A. (personalitatea autoevaluată), pe de o parte, și fațetele P.M. (personalitatea manifestată) și P.I. (personalitatea ideală), pe de altă parte. Aceste interrelații se regăsesc și în modelul nostru (vârfurile de săgeată arată sensul „influențării").

Recapitulând sintetic ce reprezintă fiecare fațetă a modelului, putem descrie pe scurt cum „funcționează" personalitatea integrală/totală a individului în situațiile de viață.

P.R. (fațeta personalitatea reală): *Cine sunt în realitate?*

P.A. (fațeta personalitatea autoevaluată): *Cine cred eu că sunt? Cum mă apreciez?*

P.I. (fațeta personalitatea ideală): *Cine aș vrea să fiu?*

P.P. (fațeta personalitatea percepută): *Cum îi percep și apreciez pe ceilalți? Sau, mai general: Cum percep și cum mă raportez la mediul extern/social?*

P.Pro. (fațeta personalitatea proiectată): *Ce cred eu că spun/cred ceilalți despre mine? Cum cred eu că sunt apreciat de către ceilalți?*

P.M. (fațeta personalitatea manifestată): *Cum mă manifest în realitate? Cum mă comport în mod concret?*

Eul (conștiința de sine) – factor integrator, organizator al cunoașterii și reglator al conduitei: *Care e legătura mea profundă cu viața, cu spiritualitatea, cum îmi judec eu propria existență*?

APLICABILITATEA MODELULUI OCTAEDRIC ÎN TERAPIA DEPRESIEI

Am insistat puțin pe imaginea de sine ca și componentă a fațetei P.R. (personalitatea reală) și pe noțiunea de Eu (cu rolul său de conștiință de sine) întrucât acestea au un rol foarte important atât în producerea depresiei, cât și în psihoterapia ei. Dacă imaginea de sine (din cadrul fațetei P.R.) conține cogniții disfuncționale referitoare la propria persoană, Eul (conștiința de sine) conține metacogniții (cogniții despre cognițiile disfuncționale), reflectarea propriei existențe a individului de către el însuși.

Pentru a fi eficientă și sustenabilă în timp, intervenția psihoterapeutică în depresie trebuie să fie cât mai profundă, să vizeze instanțele cele mai adânci și mai puternice ale personalității umane, anume: Eul și Personalitatea Reală; la acestea însă nu se poate ajunge direct, decât prin intermediul celorlalte fațete.

Să încercăm să prezentăm cum se instalează un episod depresiv după modelul nostru.

Un individ, de exemplu, se autoevaluează atât în funcție de ceea ce este el în realitate (de aptitudinile și potențialul său etc.), cât și în funcție de cum ar vrea să fie, cum crede că va fi evaluat de ceilalți și de modul cum îi percepe și tinde să-i aprecieze pe ceilalți. Totodată, manifestările sale comportamentale și reacțiile celorlalți față de ele îi influențează modul în care se autoevaluează. Astfel se realizează „influențele" de la celelalte cinci fațete ale personalității către fațeta P.A.

(personalitatea autoevaluată). Există, bineînțeles și „influențele" în sens invers, de la fațeta P.A. (personalitatea autoevaluată) către celelalte cinci fațete. Omul nostru se comportă influențat de părerea pe care o are despre el însuși (relația cu fațeta P.M.); tinde să-i aprecieze pe ceilalți raportându-se la sine (relația cu fațeta P.P.) (de exemplu, poate avea o părere proastă despre sine și bună despre ceilalți, în general); așteptările față de modul în care va fi evaluat de către ceilalți sunt în strânsă legătură cu cele mai intime dorințe și, implicit, cu modul în care se autoevaluează (dacă are o părere negativă despre propria persoană, se așteaptă ca și ceilalți să aibă o părere negativă despre el) – relația cu fațeta P.Pro.; în final, dacă imaginea de sine este instabilă, negativă, slab conturată, poate influența însăși fațeta P.R. (personalitatea reală) și Eul.

Toate aceste influențe/legături subtile sunt puse în evidență în modelul octaedric propus. Se poate constata cu ușurință ce ar însemna chiar o singură imagine negativă la nivelul unei fațete, cum componentele personalității se interinfluențează și cum se poate ajunge la o reacție în lanț. De exemplu, dacă nu am abilități extraordinare și am mai avut și o experiență de viață negativă, tind să mă autoevaluez în termeni mai degrabă negativi, să-i supraevaluez pe ceilalți, să nu am încredere în mine atunci când mă confrunt cu situații dificile, să nu am încredere în ceilalți sau să consider că nu sunt suficient de bun și că nu merit să fiu apreciat și sprijinit. Această stare de lucruri îmi poate antrena eșecul, atunci când trebuie să mă manifest concret într-o anume situație de viață. Dacă acea situație are o miză mare pentru mine, eșecul resimțit intern va fi cu atât mai mare și, de aici până la instalarea depresiei, nu va fi mult.

La fel stau lucrurile și cu celelalte fațete; fiecare se află în interacțiune cu toate celelalte cinci fațete. De exemplu, individul se comportă (fațeta P.M.) influențat atât de ceea ce este el în realitate (fațeta P.R.), cât și în funcție de modul în care se autoevaluează (fațeta P.A.), în funcție de modul în care îi percepe și îi apreciază pe ceilalți (fațeta P.P.), în funcție de ceea ce ar vrea să fie (fațeta P.I.) și în funcție de cum crede că va fi evaluat de către ceilalți. Astfel am reliefat influențele pe care fațeta P.M. (personalitatea manifestată) le „suportă" de la celelalte fațete. Există și influența inversă, de la fațeta P.M. către celelalte fațete. O persoană care se comportă într-un anumit fel nu doar că-și analizează propriile comportamente, ci analizează și feed-back-ul primit de la ceilalți, precum și comportamentele celorlalți din mediul extern/social (fațeta P.M. reprezintă „interfața" cu mediul social). Fațeta P.M. poate influența fațeta P.A. (individul se autoevaluează în funcție de succese și eșecuri, de exemplu, consolidându-și sau slăbindu-și imaginea de sine). De asemenea, în funcție de reacțiile comportamentale, se pot „schimba" și celelalte fațete: P.I. (personalitatea ideală – dacă vede că nu are nici o șansă să atingă idealul respectiv, individul îl schimbă sau îl „ajustează"); P.P. (personalitatea percepută) – individul își poate modifica atitudinile față de ceilalți, modul de apreciere a acestora în funcție de interacțiunile „concrete" la nivel comportamental din mediul extern/social. Totodată, dacă există anumite reacții și aprecieri (pozitive sau negative) ale celorlalți față de subiectul nostru, cu care acesta intră în contact, poate fi schimbată/influențată fațeta P.Pro. (personalitatea proiectată), adică modul în care subiectul crede că va fi evaluat de ceilalți (pe diverse componente). Chiar și

fațeta P.R. (personalitatea manifestată) poate fi „influențată" în funcție de intensitatea și frecvența comportamentelor respective – atât ale subiectului nostru, cât și ale celorlalți cu care intră în contact. Dacă fațeta P.M. (personalitatea manifestată) se află în situații extreme, într-un mediu extern amenințător etc., „influența" poate merge direct la fațeta P.R. (personalitatea reală) și la Eu, după cum se poate observa și în modelul octaedric de abordare a personalității (poate fi cazul unor situații psihotraumatizante).

Dacă ar fi să ne gândim la formarea și dezvoltarea personalității umane, ne-am putea imagina, prin prisma modelului, cum acel octaedru mic și abia „schițat", conturat, „crește" și se „dezvoltă". Bineînțeles că există sincope, decalaje între fațete, mai ales în aceste perioade de formare și dezvoltare. Copilul are anumite manifestări comportamentale, mai mult sau mai puțin permise de către părinți/adulții din imediata apropiere a copilului. În timp, el începe să filtreze prin propria interioritate cerințele și influențele mediului extern (prin intermediul fațetei P.M., în primă instanță), apoi imaginea de sine (fațeta P.A.) începe să se construiască și să se formeze din ce în ce mai bine. Treptat „cresc" și „se dezvoltă" și celelalte fațete care, la rândul lor, interacționează între ele („intră în conflict sau se pun de acord") și se exprimă în comportament. Astfel octaedrul (personalitatea) începe să crească și să se dezvolte.

Dacă dezvoltarea octaedrului (și, implicit, a personalității) nu este uniformă, echilibrată și armonioasă putem „interveni" psihologic pentru ameliorarea, consolidarea acelor fațete care nu sunt suficient exprimate sau putem stabili/restabili „legăturile" dintre fațetele personalității. Permanent însă trebuie să avem în vedere faptul că personalitatea este cauză și efect în același timp.

STRATEGIA TERAPEUTICĂ

Orlinsky ș.a. (1994) disting șase aspecte ale procesului terapeutic, despre care susțin că pot fi identificate în toate formele de terapie (deci și în psihoterapia integrativă) și pe care le propun drept un sistem conceptual atotcuprinzător sau un „model generic al terapiei". Toate terapiile implică:

1. Un aspect formal (contractul terapeutic);
2. Un aspect tehnic (operațiile terapeutice);
3. Un aspect interpersonal (legătura terapeutică);
4. Un aspect intrapersonal (raportarea la sine);
5. Un aspect clinic (impactul ședințelor) și
6. Un aspect temporal (fluxul secvențial).

De asemenea, mai trebuie observat că, deși cele șase aspecte ale procesului psihoterapeutic sunt prezentate separat, acestea sunt considerate aspecte co-concurente și relaționate între ele ale unei realități complexe (apud O'Brien și Houston, 2009).

Totodată, trebuie să ținem cont și de multiplele asemănări dintre procesele implicate pe parcursul dezvoltării umane și pe parcursul terapiei. Howe (1993) sugerează că există „asemănări clare între experiențele asociate cu dezvoltarea

copilului şi experienţele terapeutice ale adultului". Aceasta nu înseamnă că un client adult este echivalentul unui copil, afirmă autorul, ci mai degrabă că trebuie să recunoaştem faptul că oamenii au nevoie de lucruri asemănătoare din partea celorlalţi, în special atunci când sunt tineri sau vulnerabili. Înţelegerea creşterii şi dezvoltării umane are multe de oferit unui terapeut, atunci când acesta încearcă să descifreze ce anume se petrece în relaţia sa cu clientul. Prin urmare, suntem de acord cu Stern ş.a. (1998) atunci când afirmă că, „deoarece copiii sunt fiinţele umane care se schimbă cel mai rapid, este firesc să dorim să înţelegem procesele schimbării de pe parcursul dezvoltării, datorită relevanţei lor din perspectiva modificărilor terapeutice".

O'Brien şi Houston (2009, *op. cit.*) propun un cadru care conţine următoarele componente, pentru a fi integrate în demersul terapeutic:

– evaluarea;
– contractul terapeutic, cuprinzând scopurile şi planificarea tratamentului;
– alianţa de lucru;
– activităţile terapeutice, respectiv aptitudini şi intervenţii generice şi specifice;
– relaţia terapeutică;
– conştientizarea sinelui;
– contextul social şi organizaţional;
– înţelegerea teoretică;
– înţelegerea şi aplicarea codului de etică şi practică relevant.

La rândul lor, Evans şi Gilbert (2010) menţionează ca etape ale procesului terapeutic:

Evaluarea cazului şi diagnosticul. Important este să nu ne propunem să tratăm problema (ca în abordarea medicală), ci să tratăm pacientul. Modalităţile de evaluare şi diagnostic sunt cele folosite de majoritatea terapiilor: observarea clientului (descrierea a ceea ce se observă aici şi acum, inclusiv prezenţa fizică, reacţiile emoţionale), conţinutul discursului (ce spune clientul), experienţa subiectivă (experienţele terapeutului în relaţia cu clientul), ipoteza (sensul pe care terapeutul îl dă în termeni de cadru teoretic distinct), perspectiva fenomenologică (cu accent pe conştientizare şi pe observarea experienţei „aici şi acum"), orientarea etiologică (bazându-se foarte mult pe conţinutul exprimării verbale a unui client, încearcă să pună accentul pe felul în care trecutul, „acolo-şi-atunci", a conturat şi a determinat prezentul, „aici-şi-acum");

Focalizarea intrapsihică: relaţia EU-OBIECT (foarte important este înţelegerea scopului şi a naturii terapiei);

Focalizarea interpersonală: relaţia EU-TU (foarte importantă este analiza relaţiilor de transfer şi contra-transfer; a relaţiilor cu părinţii, cu fraţii, cu persoanele importante din viaţa clientului).

EVALUAREA ÎN PSIHOTERAPIA INTEGRATIVĂ

„Convingerile noastre despre natura şi dezvoltarea umană au o influenţă puternică asupra modului în care abordăm evaluarea. Diferite şcoli de terapie au o

varietate de criterii de evaluare, de la atenţia minimă acordată patologiei în unele dintre modelele umaniste, până la cerinţa ca terapeuţii să fie capabili să-şi descrie clienţii în termenii categoriilor psihiatrice de diagnostic (DSM, ICD).

În practica noastră, în timpul evaluărilor nu avem tendinţa de a-i situa pe oameni în categorii patologice precum cele definite de DSM, nici în tipuri de personalitate (personalitatea narcisică, borderline etc.). A face acest lucru înseamnă a nega unicitatea unei persoane pe care o întâlnim şi modalitatea unică în care, în opinia noastră, fiecare persoană se relaţionează cu suferinţa sa.

Acest lucru nu înseamnă însă să negăm importanţa cunoaşterii şi aplicării cunoştinţelor privitoare la tulburările psihiatrice. Dimpotrivă, abilitatea de a recunoaşte indiciile şi simptomele afecţiunilor mentale este vitală şi considerăm că aceasta trebuie să reprezinte o condiţie pentru calificarea oricărui terapeut, inclusiv a specialiştilor în terapia integrativă.

Există o diferenţă radicală în privinţa atitudinii şi abordării specifice unui terapeut care evaluează o persoană care ar putea avea simptome obsesive sau fobice – şi care lucrează cu persoana respectivă – şi abordarea terapeutului care, în evaluarea şi în tratamentul său, se axează asupra tulburării pe care o prezintă clientul. În concepţia noastră, este important să acceptăm că, mai degrabă decât să lucrăm cu o personalitate narcisică sau cu o depresie, să vizăm această persoană în prezentul moment din viaţa sa, în circumstanţele date. Acest lucru nu presupune doar o formulare inspirată la începutul terapiei, ci şi disponibilitatea terapeutului de a adapta parcursul la clientul său şi de a-i arăta mai mult respect acelui client decât sistemului său de convingeri sau metodologiei oricărei teorii terapeutice" (O'Brien şi Houston, 2009, p. 180-181).

Există multe modalităţi de a obţine informaţii şi de a efectua o evaluare (Palmer, McMahon, 1997). Considerăm că orice modalitate bună de evaluare este una multidimensională.

McHugh descrie „cele patru perspective ale evaluării psihiatrice", pe care le rezumă după cum urmează:

– Ce dificultăţi şi boli are persoana respectivă.
– Ce este persoana respectivă, prin prisma istoriei sociale şi a tot ceea ce poate fi observat şi categorizat, cum ar fi sexul, vârsta ş.a.
– Ce face persoana respectivă, şi anume comportamentul ei pe parcursul şedinţei şi comportamentele despre care vorbeşte.
– Ce poveste, ce semnificaţii şi valori, ce poem spune persoana respectivă atunci când îşi istoriseşte viaţa (McHugh şi Slavney, 1986).

Stanton (1981) (cit. Holdevici, 2010) prezintă o abordare strategică (sistemic paradoxică) în evaluarea disfuncţiei:

a) Simptomul trebuie privit ca un tip particular de comportament, care funcţionează ca un mecanism homeostatic ce reglează tranzacţiile familiale;

b) Problemele pacienţilor nu trebuie desprinse din contextul în care apar şi nici abordate separat de funcţiile cărora le servesc;

c) Nu trebuie să ne aşteptăm ca un individ să se schimbe prea mult, atâta vreme cât nu se modifică sistemul din care face parte;

d) „Insight"-ul (iluminarea) în sine nu este un precursor absolut necesar al schimbării.

Scopul simptomului constă în menținerea sistemului nemodificat, înghețat în repetiții de tip „cerc vicios" sau în creșterea frecvenței comportamentelor de tip apatic sau abuziv care, în cele din urmă, pot să destrame însuși sistemul în cadrul căruia au apărut (L'Abate, 1985, idem). Se produce următorul fenomen: sistemul integrat într-un proces patologic își păstrează echilibrul de forțe prin faptul că elementul său cel mai slab, de regulă purtătorul de simptom, capătă putere și control asupra întregului sistem familial.

Un alt format de evaluare inițială este propus de cele două autoare integrativiste Maja O'Brien și Gaie Houston (2009). Evaluarea trebuie să cuprindă următoarele aspecte:

1. *Informații generale* cu privire la client (vârstă, statut marital, numărul copiilor și vârsta acestora, apartenența etnică, religioasă, orientarea sexuală etc.). Este bine să se consemneze data primei ședințe și aranjamentele contractuale efectuate.

2. *Contextul* în care terapeutul se întâlnește cu clientul.

3. *Recomandarea*: ar fi bine ca terapeutul să observe dacă este vorba despre o autoevaluare sau dacă clientul a fost trimis, de către cine și pentru ce motiv. Dacă s-a prezentat la terapeut pe baza unei trimiteri, clientul a fost implicat în această decizie sau există posibilitatea ca acesta să se simtă abandonat sau să aibă impresia că medicul anterior a renunțat la el? Modul în care este gestionată trimiterea poate avea un impact asupra clientului și este bine să fie întrebat cum se simte cu privire la faptul că a fost recomandat unui alt specialist și ce informații i-au fost comunicate.

4. *Motivul* pentru care clientul solicită ajutor. Terapeutul va nota prezentarea problemelor inițiale, în viziunea clientului, și anume, nemulțumirile și preocupările acestuia și aspectele și temele care reies de aici. Totodată, va manifesta interes față de istoricul problemelor actuale, și anume când au debutat acestea, originile lor și dacă l-au determinat pe client să apeleze la sprijin și mai înainte.

5. *Primele impresii ale terapeutului*. Acestea sunt demne de notat, incluzând înfățișarea clientului, comportamentul său, modul în care relaționează cu terapeutul și reacțiile pe care i le provoacă.

6. *Istoricul și contextul actual*. Mai devreme sau mai târziu, terapeutul își va forma o imagine cu privire la istoricul personal și trecutul clientului, incluzând aici istoricul educațional și ocupațional. Totodată, va observa dacă aspectele legate de rasă, sex și cultură joacă vreun rol în istoricul personal și în circumstanțele actuale ale clientului. Poate că va dori să știe amănunte legate de rețeaua socială a clientului: prieteni, loc de muncă, activități din timpul liber etc.

7. *Motivația schimbării*. Faptul că un client solicită ajutor nu înseamnă întotdeauna că vrea să se schimbe. Din această perspectivă, terapeutul poate fi interesat de unele procese intrapsihice cum ar fi deschiderea sau tendințele defensive care vor influența disponibilitatea clientului de a recepta și de a utiliza ceea ce are de oferit terapeutul.

8. *Formularea evaluării*. La finalul procesului de evaluare, terapeutul va fi capabil să-și formeze o imagine de ansamblu cu privire la ceea ce numim formularea evaluării. Aceasta se referă la interpretarea informațiilor de către terapeut. Este mai mult decât o simplă descriere a informațiilor privitoare la categoriile de mai sus – mai degrabă dezvăluie modul în care terapeutul a înțeles și a procesat aceste informații. Formularea pe scurt și concisă a ceea ce terapeutul consideră că îl afectează pe client este o aptitudine dificil de dobândit, dar importantă. Formularea evaluării va oferi un fundament pentru alegerea abordării pe care terapeutul o va adopta pentru a lucra cu clientul.

CONTRACTUL TERAPEUTIC

Contractul terapeutic cuprinde scopurile/obiectivele și planificarea tratamentului.

În ceea ce privește strategia de stabilire a obiectivelor, suntem în rezonanță cu obiectivele terapiei de tip ericksonian, sintetizate de Stephen Lankton și Carol Lankton (1983):

1. Abordarea structurală a sistemului din cadrul căruia face parte pacientul (psihoterapie de familie);

2. Introducerea unor modificări durabile în comportamentul individual;

3. Trasarea unor sarcini și dezvoltarea unor comportamente adecvate nivelului de vârstă al pacientului;

4. Restructurarea atitudinală (modificarea sistemului de percepții, atitudini și convingeri ale pacientului);

5. Dezvoltarea flexibilității afective și emoționale a pacientului;

6. Modificarea gândirii legate de imaginea de sine (se dezvoltă capacitatea pacientului de a anticipa modul în care va folosi noile soluții în situații variate; acesta se va imagina pe sine competent și capabil să rezolve anumite situații);

7. Utilizarea paradoxului, conform căruia bucuria de viață are la bază un mare efort de autodisciplină.

OBIECTIVELE PSIHOTERAPIEI INTEGRATIVE

Obiectivele în psihoterapia integrativă se pot formula pe principalele direcții de abordare (conform modelului relațional integrativ), și anume:

- *la nivel biologic/somatic* (de pildă eliminarea/reducerea simptomelor care nu au o cauză organică evidentă, reducerea tulburărilor digestive, ameliorarea/dispariția tulburărilor de somn, ajungerea la greutatea optimă/normală);
- *la nivel intrapsihic* (vizăm îndeosebi scoaterea pacientului din criza existențială în care se află, întărirea Eului și a capacităților integrative ale personalității pacientului, rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului, modificarea structurii personalității acestuia, în vederea obținerii unei funcționări mai mature – cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu, precum și dezvoltarea la client a unui sistem clar al identității personale):

– *cognitiv* (clarificarea sau definirea problemelor; asistarea pacientului în identificarea gândurilor, imaginilor şi a schemelor cognitive; eliminarea gândurilor negative disfuncţionale legate de starea de boală; înţelegerea modului în care gândurile iraţionale influenţează trăirile emoţionale şi manifestările comportamentale; examinarea sensurilor evenimentelor pentru pacient; conştientizarea resurselor personale; creşterea încrederii în forţele proprii);

– *emoţional* (reducerea emoţiei negative date de frica de boală/perspectiva sumbră; reducerea anxietăţii şi a stărilor depresive; introducerea umorului în viaţa sa; abordarea cu umor a situaţiilor pe care le consideră „fără ieşire");

– *comportamental/funcţional* (învăţarea unor noi modele de comportament şi a unor deprinderi de a face faţă situaţiilor cu care se confruntă; mobilizarea pentru finalizarea activităţilor iniţiate; lărgirea spectrului de activităţi/ reluarea activităţilor fizice şi a unor activităţi care-l binedispun (urmărirea unor filme de comedie, desene animate, ascultarea de muzică relaxantă), adoptarea unei alimentaţii „mai sănătoase" şi reducerea cantităţii de cafea/alcool consumate);

- *la nivel interpersonal* (urmărim modalitatea de funcţionare în relaţiile prezente, care îl marchează pe client şi sunt importante pentru acesta, de exemplu modificarea opiniilor eronate ale clientului despre el însuşi şi despre lumea înconjurătoare; consolidarea relaţiilor cu partenerul de viaţă/cu ceilalţi membri ai familiei prin petrecerea împreună a unei perioade mai mari de timp; îmbunătăţirea relaţiilor cu colegii de serviciu, rude, prieteni, vecini);
- *la nivel intra-cultural* (reducerea sau înlăturarea, dacă este posibil, a acelor condiţii de mediu care produc sau menţin comportamentele de tip dezadaptativ; îmbunătăţirea aspectelor legate de viaţa socioprofesională; verificarea ipotezelor terapeutice în raport cu realitatea, cu contextul de viaţă);
- *la niveul relaţiei cu mediul înconjurător/cu natura* (analiza stilului de viaţă şi a îndeplinirii condiţiilor necesare de desfăşurare; analiza nevoilor, dorinţelor, a stilului de viaţă dorit şi a posibilităţilor legate de îndeplinirea lor; instruirea pentru un stil de viaţă sănătos/psihoeducaţie – hrană, odihnă, aer, apă, mişcare, a fi aproape de natură şi crearea unui climat optim; planuri de armonizare şi comunicare eficientă în familie şi desfăşurarea unor activităţi de petrecere a timpului liber; identificarea, planificarea şi realizarea activităţilor considerate de clienţi ca plăcute, pozitive; reducerea activităţilor care stimulează stări negative: de pildă evitarea anumitor emisiuni Tv, în special a celor de ştiri) (Zamfirescu, 2009);
- *la nivelul relaţiei cu spiritualitatea/divinitatea/transcendenţa* (reducerea sentimentelor de vinovăţie, de ruşine, eventual „împăcarea cu Divinitatea", „pocăinţa", dacă avem de-a face cu persoane excesiv de religioase etc.)

Prin prisma *Modelului octaedric de abordare a personalităţii* pe care l-am propus în acest capitol, obiectivele (exemplificăm câteva) se pot formula pe următoarele direcţii de acţiune:

- *prin intermediul feţei P.M.* (personalitatea manifestată): adaptarea în plan extern şi/sau reducerea comportamentelor disfuncţionale, desfăşurarea unor activităţi plăcute;

- *prin intermediul feţei P.A.* (personalitatea autoevaluată): îmbunătăţirea relaţiilor cu sine (reducerea sentimentelor de vinovăţie şi de ruşine), consolidarea imaginii de sine/a forţei Eului (o autoapreciere adecvată a propriilor resurse, reducerea/eliminarea gândurilor distorsionate/iraţionale automate referitoare la propria persoană), eliminarea convingerilor negative referitoare la propria persoană etc.
- *prin intermediul feţei P.P.* (personalitatea percepută): îmbunătăţirea/ perfecţionarea modului în care are loc cunoaşterea celorlalţi (cu care interacţionează), astfel încât să ajungă la o cunoaştere cât mai apropiată de realitate a acestora;
- *prin intermediul feţei P.Pro.* (personalitatea proiectată): conştientizarea propriilor aspecte/comportamente negative şi neacceptate, astfel încât acestea să nu mai fie atribuite celorlalţi (conducând în acest fel la afectarea relaţiilor interpersonale);
- *prin intermediul feţei P.I.* (personalitatea ideală): stabilirea unui „ideal de sine" adecvat, în concordanţă cu resursele personale şi cu posibilităţile imediate de dezvoltare, astfel încât să nu ajungă la fixarea unor „ţinte prea înalte", imposibil de obţinut, iar eşecul (inevitabil de altfel) să-i alimenteze sentimentul de dezapreciere a propriei persoane şi de resemnare fatalistă.

RELAŢIA TERAPEUTICĂ

Referindu-se la relaţia psihoterapeutică, I. Dafinoiu (2001, p. 115) face o succintă analiză a acesteia, prin raportare la relaţia medicală, care are cu totul alte obiective: „Într-un spital, medicii operează cu termeni categorici aflaţi în opoziţie: normal-patologic, sănătos-bolnav. Medicul percepe bolnavul prin intermediul unei grile ce se doreşte ştiinţifică, obiectivă, care inhibă acestuia din urmă orice manifestare subiectivă, strict personală. Bolnavul nu trebuie să aibă opinii, păreri, iniţiative, ezitări etc.; el trebuie să relateze fapte, să răspundă cât mai precis la întrebările puse. De altfel, interviul medical conţine mai ales întrebări închise, factuale, ale căror răspunsuri nu evidenţiază aproape deloc ce simte şi gândeşte pacientul. În cadrul relaţiei psihoterapeutice, terapeutul se interesează în primul rând de „povestea" pacientului; tăcerile, ezitările, gesturile acestuia ori atributele şi complementele utilizate de el sunt de cele mai multe ori mai importante decât faptele sau acţiunile relatate; ele evidenţiază atitudini, sentimente, semnificaţii, cereri de ajutor etc. Clientul şi terapeutul negociază sensul, semnificaţia, definiţiile problemelor, regulile relaţiei terapeutice; aceste reguli vor încuraja anumite comportamente şi vor descuraja altele".

Relaţia terapeutică presupune, aşadar, un spaţiu „intersubiectiv", o realitate comună, împărtăşită, în continuă evoluţie. Când interpretarea analistului devine un simplu exerciţiu intelectual, fără vreo legătură cu întrebările fundamentale pe care şi le pune pacientul, atunci terapia devine ineficientă şi inutilă (Horner, 1985, apud Dafinoiu, 2001).

Relația terapeutică este caracterizată ca fiind o alianță de lucru și este descrisă ca o atitudine colaborativă și de încredere a pacientului față de terapeut, determinată de speranța pacientului că simptomatologia va fi eliminată și de acceptarea necondiționată a acestuia de către terapeut. Ea furnizează pacientului o nouă experiență emoțională și oportunitatea de a deosebi între trecut și prezent (Bergin și Garfield, 1994, apud David, 2006, p. 148).

Relația terapeutică este strâns legată de conceptualizarea clinică. În cazul concret al psihoterapiei cognitiv-comportamentale, ea se caracterizează prin *empatie*, *acceptare necondiționată a pacientului*, *congruență* și *colaborare*, factori validați științific (Lambert *et al.*, 2002; 2003).

Putem sintetiza *rolul și atitudinea terapeutului* în terapia cognitiv-comportamentală astfel (cf. Dafinoiu, 2001, p. 108):

1) Culege datele și efectuează analiza funcțională a comportamentelor;

2) Explică, informează, dedramatizează;

3) Definește simptomul-țintă, identifică factorii de menținere și cercetează beneficiile secundare ale acestuia;

4) Alege strategia terapeutică;

5) Stimulează motivația de participare la terapie a pacientului;

6) Aplică tehnica terapeutică;

7) Pune capăt relației terapeutice (conform contractului terapeutic).

Cercetările empirice efectuate asupra pacienților care au urmat o terapie cognitiv-comportamentală au evidențiat, în acord cu cele menționate mai sus, următorii factori care au contribuit la succesul terapiei (Sloane și Coll, 1975, apud Dafinoiu, 2001): *personalitatea terapeutului, accesul la înțelegerea problemelor lor, încurajarea în înfruntarea graduală cu situațiile dificile, posibilitatea de a vorbi despre problemele lor cuiva care înțelege, posibilitatea de a învăța să se înțeleagă pe ei înșiși*.

Și în cadrul relației terapeutice din psihoterapia integrativă sunt valabile aceste constatări, mai ales că, atât domeniul comportamental, cât și cel cognitiv vizate de terapia cognitivă se regăsesc și în cadrul abordării integrative, multe dintre metode și tehnici fiind comune celor două orientări psihoterapeutice.

Motivația și expectațiile pacientului de a obține ajutor sunt elemente importante, precum și un anumit nivel de colaborare al acestuia este absolut necesar pentru succesul psihoterapiei (Holdevici, 1996). Apar dificultăti la pacienții care: se tem să-și dezvăluie gândurile și sentimentele; insistă asupra faptului că se pot descurca singuri sau consideră, dimpotrivă, că terapeutul trebuie să facă totul singur (Holdevici, 2009).

Ca principiu de lucru, în cazul depresiei, este indicat să se realizeze abordarea pacientului într-o manieră asertivă: terapeutul nu poate să-și permită să aștepte ca pacienții să manifeste inițiativă și să fie motivați pentru tratarea simptomelor. În același timp, el trebuie să conștientizeze faptul că o abordare asertivă poate fi considerată de către pacienți ca intruzivă. Din aceste motive, terapeutul va trebui să facă eforturi să-i atragă pe pacienți să se angajeze activ în demersul terapeutic, să le câștige încrederea și colaborarea, ținând seama de nevoile acestora. Această abordare de tip asertiv trebuie

să contribuie la formarea și consolidarea alianței psihoterapeutice și la creșterea complianței față de tratament (Holdevici, 2005, p. 374).

O componentă foarte importantă a relației terapeutice, după părerea noastră, care n-ar trebui ignorată, este umorul. Acesta trebuie folosit cu tact însă, pentru că nu oricine are simțul umorului dezvoltat, iar cei cu anumite dificultăți psihologice sunt cu atât mai vulnerabili. În scopul stabilirii unei relații terapeutice armonioase și eficiente, terapeutul nu trebuie nicio clipă să lase impresia că „râde de pacient sau că râde pe seama lui".

Umorul nu este doar cel mai adaptat mecanism de apărare; el poate fi și o importantă resursă de vindecare, de „schimbare a perspectivei" prin care sunt interpretați stimulii amenințători.

Hickson se referă la patru terapeuți care au raportat o corelație între aprecierea umorului, nivelul forței Eului și folosirea răspunsurilor umoristice ca important indicator diagnostic al schimbării pacientului, mai ales în depresie (Haig, 1986). Pe aceeași linie, Nussbaum și Michaux (apud Cassel, 1994) consideră răspunsul la umor ca fiind un valoros indicator diagnostic al schimbării pacientului. În cazul pacienților depresivi, umorul este util în:

a. diagnosticul profunzimii depresiei la începutul terapiei;

b. observarea unui răspuns timpuriu al depresiei;

c. obținerea unui prognostic asupra evoluției terapiei;

d. obținerea unor indicații prețioase de la pacient în legătură cu dinamicile care stau la baza depresiei lor.

Datele empirice ne spun, mai întâi, că există o interacțiune semnificativă între tipul de umor preferat și personalitatea pacienților: cei depresivi și cei obsesivi pot avea dificultăți în acceptarea invitațiilor umoristice de a-și schimba viziunea neagră asupra vieții (Rosenheim, 1974). Greenwald găsește, pe de altă parte, că râsul e incompatibil cu depresia (apud Dimmer, Caroll, Wyatt, 1971):

Importantă pentru concepția integrativă în psihoterapie este centrarea pe co-creație a relației terapeutice ca un eveniment interacțional la care ambele părți participă. Nu se poate vorbi despre o relație unilaterală unde o parte „îi face ceva" celeilalte, în timp ce cealaltă este doar un recipient pasiv. Relația terapeutică este mai degrabă un proces construit în colaborare, care evoluează constant și la care, atât terapeutul cât și clientul contribuie în aceeași măsură. Vindecarea și schimbarea au loc numai în și prin relația co-construită între terapeut și client, evoluând de-a lungul timpului. Relația terapeutică este văzută ca un proces dinamic între două persoane aflate în interacțiune reciprocă în cabinetul de terapie. Întotdeauna aceasta presupune o confruntare unică din cauza individualității persoanelor implicate. Este o vedere bilaterală a procesului terapeutic, recunoscând că și clientul va avea un impact asupra tratamentului în mod constant (Evans, Gilbert, 2009).

Se creează astfel premisele lucrului cu *transferul* și *contratransferul* în psihoterapia integrativă.

Conceptul de *transfer* descrie experiența observabilă de zi cu zi și anume aceea că pacientul transferă asupra analistului sentimente, dorințe, agresivitate, atracție sexuală sau frici, care au fost inițial legate de persoanele cu care a fost în

relații primare sau de alți oameni din preajma lui sau au fost legate chiar de sine însuși. Prin aceasta, terapeutul devine „o persoană de conflict".

În cazul în care sunt proiectate emoțiile, afectele asupra terapeutului, acesta trebuie să-și încurajeze clientul să se confrunte cu această „nonpersoană", să-i arunce în față furia și dezamăgirea lui, demolându-l, asaltându-l, făcându-i curte, făcându-i reproșuri. Protestând cu ciudă, înjurându-l pe terapeut, plângând, îmbufnându-se, dorind, sperând și jelind, pacientul își descarcă afectele adunate din copilăria timpurie, își împacă treptat trauma și își demontează emoțiile neîndeplinite.

„Depresia este strigătul tăcut după iubire" (Deiter, 1986) și „încercarea de a face imposibilul posibil" (Jacobson, 1971). În literatura psihanalitică se consideră că depresia își are cauzele, încă din primul an de viață, în dorința nesatisfăcută de simbioză, în nesatisfacerea sau satisfacerea deficitară a pulsiunilor orale (Gerö, 1936; Bowlby, 1951; Kuipers, 1966; Lidz, 1968; Irle, 1974). „Într-o diadă armonioasă mamă-copil, doar unul dintre parteneri are voie să aibă dorințe, interese și nevoi. Mama trebuie să fie acolo în întregime pentru copil și să realizeze, prin îngrijirea și disponibilitatea «iubirii primare», un climat afectiv în care să se producă «o întâlnire armonioasă» între copil și lume, într-o bunăstare lipsită de tensiuni" (Balint, 1968, apud Stiemerling, 2006, p. 44).

Tot referitor la persoana clientului merită să amintim, în trecere, de rezistența acestuia la terapie. Rezistența (în sens larg) poate fi descrisă drept orice modalitate de comportament a pacientului care perturbă travaliul analitic, încetinește procesul terapeutic sau îl face imposibil (de exemplu tăcere în loc de asociere, întârziere la ședințe, trecere la act în loc de verbalizare, uitarea viselor, ascunderea unor circumstanțe de viață importante, punerea între paranteze a unui întreg domeniu al existenței, cum ar fi sexualitatea etc.).

Dietmar Stiemerling (2006, p. 31) consideră că așa-numitele „rezistențe" nu sunt perturbări nedorite ale procesului analitic. „Fiecare pacient se comportă absolut consecvent conform cu structura sa psihică internă. Fiecare dintre manifestările vieții sale este pentru psihologul avizat un mesaj plin de semnificație, chiar atunci când, privit superficial, pare să prejudicieze scopul spre care tinde terapia. La o analiză mai exactă, încercările de fugă sau de mascare, acțiunile de sabotare sau manevrele de ocolire ale pacienților, dezvăluie chiar punctele lor sensibile". Atunci când li se acordă o atenție deosebită ajungem negreșit în zona anxietății și narcisismului lezat al pacienților".

Pe lângă acestea, un accent deosebit în relația terapeutică se pune și pe puterea *contratransferului*, ca resursă terapeutică. Terapeutul este pus în fața provocării de a se aduce pe sine complet în cameră și de a se ocupa în mod direct de impasurile relaționale care apar între el și client. Aceasta necesită monitorizarea permanentă a răspunsurilor noastre în relație cu procesul desfășurat, precum și o decizie asupra a ceea ce este folositor de împărtășit în interesul vindecării clientului.

Nu există reguli ușoare în această privință, un punct pe care Maroda (1991) îl evidențiază foarte bine; depinde mai mult de atenția continuă din partea terapeutului asupra propriului său contratransfer și asupra a ceea ce el ar putea învăța de aici, combinat cu o atenție respectuoasă și plină de grijă față de

răspunsurile clientului la terapie. Uneori, terapeutul poate folosi conștientizarea propriului său contratransfer indirect pentru a înțelege lupta clientului mult mai clar. Alteori, terapeutul poate alege revelația de sine ca o opțiune mult mai puternică și indicată.

Așa cum există „rezistențe" ale pacientului, în literatura de specialitate întâlnim menționate și *rezistențe ale terapeutului*. Rezistențele manifestate de terapeut față de luarea la cunoștință a reacțiilor contratransferențiale, respectiv față de dezvoltarea acestora, țin în bună măsură de acele „convingeri iraționale" formulate sub formă de prescripții imperative, pe care le dezvoltăm față de rolurile noastre profesionale. Cele mai importante dintre acestea au fost cuprinse de Wiliams (1992) în următoarea listă (apud Dafinoiu și Vargha, 2005, p. 202):

a) Trebuie să am succes cu toți clienții mei.
b) Dacă voi eșua, asta înseamnă că nu am suficiente cunoștințe.
c) Fiecare ședință terapeutică trebuie să se desfășoare ca la carte.
d) Eu sunt responsabil pentru starea de bine a clientului meu.
e) Toți clienții mei trebuie să mă trateze cu respect și afecțiune.
f) Trebuie să fiu un terapeut mai bun decât oricine altcineva.
g) Ca terapeut trebuie să știu în oricare moment al terapiei ce am de făcut.
h) Ca terapeut nu pot prezenta problemele mele emoționale.
i) Nu pot nutri sentimente negative față de clienții mei.
j) În nici un caz nu-mi pot permite să ajung în situația de a judeca greșit sau de a acționa greșit în văzul clienților mei.

Așadar, reținem atenția care trebuie acordată trăirilor „interne" ale terapeutului ca o resursă de preț în procesul terapeutic din cabinet.

„Nu poate fi stabilită o relație adevărată dacă nu sunt înțelesuri comune" (Hycner, 1991, p. 135). Atât terapeutul, cât și clientul aduc relației propriile principii de organizare, dezvoltate pe parcursul timpului de către fiecare și care vor contura percepția unor evenimente (Stolorow și Atwood, 1992, p. 25), acestea interferând în confruntarea terapeutică. Persoana terapeutului nu poate fi neutralizată, este unică, iar unicitatea sa va influența procesul de vindecare.

„Totalitatea experienței celui analizat și a analistului este un amestec inter-subiectiv. Astfel, experiențele analistului sunt generate, prin definiție, de către o mixtură psihic-conținută de către două minți" (Mitchel și Aron, 1999, p. 460).

Reciprocitatea nu implică o dispariție a rolului terapeutic sau a sarcinilor din partea terapeutului, ci este mai degrabă o conștientizare a faptului că două persoane nu pot fi într-o întâlnire una cu cealaltă fără a avea impact sau a fi influențat de către cealaltă (Maroda, 1991).

Într-o perspectivă „co-creațională" a relației (conf. Evans și Gilbert), fiecare dintre parteneri contribuie în mod constant la relație, fie că își dă seama de aceasta sau nu. Nu există o interacțiune neutră, iar fluxul dintre cele două persoane schimbă natura relației într-un proces continuu de influență reciprocă. Maniera în care terapeutul interacționează cu clientul va fi, într-o anumită măsură, influențată de fundalul specific al formării terapeutului.

În procesul terapeutic este deci important să fim deschiși la mesajele filtrate prin rămășițele inconștientului relațional. Mesajele respective pot apărea, fie de la

terapeut, fie de la client, în mai multe forme ca: vise, fantezii, distrageri, preocupări obsesive, simptome fizice sau alte forme de manifestare. Psihoterapeuții relaționali (integrativi, n.n.) vor fi atenți în mod special la aceste fenomene, furnizând, pe cât posibil, insight-uri în momentele din terapie ce par a fi „împotmolite" (Evans, Gilbert, 2010, p. 72).

DESFĂȘURAREA TERAPIEI

Terapia unui sindrom depresiv se face prin investigarea cauzelor care l-au generat. Dacă avem însă de-a face cu o situație limită, ca de exemplu gânduri/tentativă de suicid, după începerea tratamentului psihiatric (cu sau fără spitalizare), intervenția noastră terapeutică se va focaliza în primă instanță pe „stabilizarea" stării emoționale a pacientului.

Pentru psihoterapia unei depresii acute/nevrotice sunt foarte importante măsurile-suport orientate pragmatic: „un fel de ajutor pentru supraviețuire".

În mare, activitățile pe care se pune accentul în psihoterapie pentru a trata o depresie în fază acută sunt cele descrise în continuare:

- Abordarea prin discuție (ascultarea empatică a pacientului pentru a-și înțelege suferința);
- Explicații oferite pacientului despre boală: ce simptome și manifestări afective pot să fie asociate; să-i asigurăm pe pacienți că „suferă de o boală adevărată" și, din cauza acestui lucru, au tot dreptul să-și ia „rolul de bolnav";
- Retragerea temporară din activități: nu trebuie sa le solicităm sau să așteptăm performanțe; să-i scutim de decizii pe care nu le pot lua singuri „în starea în care se află"; să nu-și impună să facă treburi, ci doar să „primească" („Acum este momentul să vă răsfățați, destul v-ați dedicat altora!");
- Exercitarea funcției de „suport"/susținere: psihoterapeutul trebuie să preia o parte din funcția parentală (mai ales la începutul terapiei) și să-i ofere pacientului protecția și siguranța, căci „se află întotdeauna aici pentru el";
- Se poate permite pacientului să sune și în afara ședințelor, în situații de criză, cu respectarea unei anumite ore stabilite;
- Psihoterapeutul trebuie să se intereseze de alimentația clientului, de preferințele sale, de programul cotidian, poate face propuneri pentru anumite activități cu scop recreativ, se oferă să vorbească cu membrii familiei pentru a-i face să înțeleagă boala pacientului etc.
- Perspectiva pozitivă asupra bolii: căutarea unui „sens", a semnificațiilor celor întâmplate. Boala reprezintă un semnal, un strigăt de ajutor pentru a se produce o schimbare a existenței de până atunci. Perspectiva pozitivă asupra viitorului îi poate reda speranța.

După depășirea fazei „depresiei acute", D. Stiemerling (2006) consideră necesară o psihoterapie individuală analitică pentru a elabora conflictul nevrotic și stările de lipsă ancorate în structura personalității sale. Conceptul de „depresie"

cuprinde o complexă configurație și implică manifestări emoționale, cognitive, motivaționale și somatice. Depresia cuprinde toate teritoriile și structurile psihismului (pulsiuni, emoții, voință, gândire), inclusiv funcționarea corporală (Stiemerling, 2006).

Toate aceste considerente sunt cele care ne îndreptățesc să preferăm o abordare psihoterapeutică integrativă a depresiei.

Abordarea integrativă se conturează într-o perspectivă mai largă care include trecutul, prezentul și viitorul. Dacă accentul s-ar pune pe trecut, s-ar pierde caracterul direct al momentului prezent, incluzând semnificația influențelor contextuale de mediu; pe de altă parte, dacă accentul ar cădea pe experiența imediată, aceasta nu ar permite continuitatea experienței sale de-a lungul timpului (Melnick și Nevis, 1992).

Interesul nostru este în suma experiențelor curente „aici-și-acum", adică relația terapeutică. Trecutul este relevant pentru felul în care pacientul a ajuns la prezent. Cercetările au indicat faptul că speranța în și pentru viitor, incluzând speranța în munca terapeutică, este un ingredient esențial în rezultatul psihoterapiei (Yalom, 1995; Cooper, 2000; Hubble ș.a., 2000).

Experiența clientului, comportamentele funcționale și disfuncționale, pot fi analizate cu ajutorul așa-ziselor „zone de timp", stabilite de Gory Yontef (1988): aici-și-acum (în cabinetul de psihoterapie); acolo-și-acum (viața clientului în afara terapiei), aici-și-atunci (ceea ce s-a întâmplat în cabinetul de terapie acum câteva momente, zile, săptămâni), acolo-și-atunci (trecutul clientului, contextul din care reiese înțelesul).

Multiplele abordări în psihoterapie diferă în funcție de gradul în care terapia este privită ca un proces relațional reciproc de vindecare și în măsura în care este privită, mai exclusiv, ca și oportunitate pentru client să obțină insight-uri în lumea sa interioară, să înțeleagă tiparele sale greșit adaptate, să-și înfrunte gândurile negative sau să-și schimbe comportamentele cu ajutorul terapeutului – ca fiind cel care dirijează terapia. Considerăm, în acord cu Evans și Gilbert, că interacțiunea între lumea interioară a clientului și relația dintre client și ceilalți, mai ales cu terapeutul, atunci când el este în contextul terapeutic, este inseparabilă. În procesul dialogului terapeutic, va fi nevoie de o balanță între o concentrare asupra interacțiunii dintre terapeut și client și o concentrare pe lumea interioară a clientului, „între relațiile interne obiective și relațiile externe obiective" (Aron, 1999, cit. Evans și Gilbert, 2010, p. 74).

Terapia se poate desfășura fie alegând unul dintre cele două modele prezentate (*Modelul relațional integrativ*, propus de Evans și Gilbert sau *Modelul octaedric de abordare a personalității*, propus de mine), fie îmbinând cele două modele (mai ales că există și domenii comune de „acoperire terapeutică").

În primele ședințe vom avea în vedere:

- Conștientizarea dificultăților/problemelor în relațiile sinelui: cu propriul corp (nivelul biologic), cu sinele (nivelul intrapersonal), cu ceilalți (nivelul interpersonal), cu mediul sociocultural/profesional (nivelul intra-cultural), cu mediul înconjurător (nivelul ecologic), cu transcendența (cu spiritualitatea, cu religia etc.);

- Conştientizarea aspectelor disfuncţionale/problematice subscrise faţetelor personalităţii (manifestată, autoevaluată, percepută, proiectată, ideală), precum şi evaluarea gradului în care individul consideră că viaţa îi este „afectată".

În terapie pot fi integrate numeroase metode şi tehnici, pe care le vom prezenta succint în continuare. Bineînţeles că metodele şi tehnicile enumerate de noi nu sunt unele exclusive. Dăm aici doar câteva exemple, paleta lor fiind mult mai largă. Teoretic, terapeutul poate utiliza tehnici din toate şcolile de terapie, cu condiţia ca acestea să fie adaptate clientului şi obiectivelor propuse în cadrul terapiei şi să fie bine cunoscute de către terapeut:

– *la nivel corporal* (exerciţii de respiraţie, relaxarea psiho-fizică, relaxarea musculară progresivă, antrenamentul autogen Schultz, inducţia hipnotică, desensibilizarea sistematică);

– *la nivel intrapsihic* (în scopul abordării faţetelor personalităţii autoevaluate, ideale şi manifestate şi al consolidării Eului/conştiinţei de sine):

- cognitiv – **tehnicile de restructurare cognitivă** (a. *explicarea demersului terapeutic pacientului*; b. *observarea gândurilor automate* – răspunsurile la întrebările directe ale terapeutului, vizualizarea mentală a evenimentelor care au provocat trăirile negative, jocul de rol; c. *autoînregistrarea gândurilor automate*; d. *confruntarea cu realitatea* – provocarea gândurilor negative şi invalidarea lor prin anumite experimente comportamentale sau prin reevaluarea reprezentărilor catastrofice; e. *producerea de răspunsuri cognitive alternative*; f. *autoevaluarea gândurilor şi a emoţiilor*; g. *alte tehnici* – reatribuirea responsabilităţilor, redefinirea, decentrarea; h. *abordarea schemei cognitive* – căutarea „numitorului comun" al gândurilor disfuncţionale înregistrate, tehnica săgeţii descendente, scalele de atitudini disfuncţionale, metoda autoexpunerii, tehnica analizei alternativelor); **tehnicile de distragere** (a. *concentrarea asupra unui obiect*; b. *exerciţii de conştientizare senzorială*; c. *exerciţii mentale*) – identificarea şi adresarea de provocări convingerilor negative; evaluarea consecinţelor menţinerii gândurilor şi comportamentelor dezadaptative; adoptarea unui model adecvat de percepere şi interpretare a realităţii; pregătirea pentru viitor; inducţia hipnotică; sugestiile directe şi indirecte; antrenamentul mintal; asociaţiile libere; analiza viselor; analiza transferului, contratransferului şi rezistenţelor; analiza egoului; interpretările şi prelucrările asupra materialului produs de pacient; centrarea pe soluţii şi resurse; intervenţii asupra schemelor comportamentelor-simptom; sublinierea aspectelor pozitive în comportamentul pacientului şi evidenţierea progreselor obţinute în cadrul terapiei; analiza tranzacţiilor şi jocurilor psihologice, analiza şi modificarea scenariului de viaţă;
- *emoţional.* Includem aici: desensibilizarea sistematică; provocarea rezistenţei la schimbare prin tehnici paradoxale – dacă acestea se pretează; „imageria dirijată" în stare de relaxare; sugestiile directe şi indirecte; reformulările; reflectarea sentimentelor clientului; utilizarea metaforelor şi a poveştilor terapeutice; exerciţiile de autosugestie, introducerea treptată a umorului în viaţa clientului (abordarea cu umor a situaţiilor pe care acesta le consideră „fără ieşire"); însuşirea unor tehnici de relaxare şi de depăşire a situaţiilor tensionate; utilizarea modificărilor de dispoziţie şi a asociaţiilor libere; analiza viselor; analiza transferului, a contratransferului şi a rezistenţelor; analiza Egoului; interpretările şi prelucrările asupra materialului produs de pacient; cultivarea emoţiilor pozitive; susţinerea efectivă a pacientului pentru a depăşi teama de schimbare (clientul se poate teme de consecinţele schimbării, de faptul că va eşua în rezolvarea problemei lui, motiv pentru care trebuie încurajat să-şi asume responsabilitatea schimbării şi să conştientizeze faptul că are capacitatea de a acţiona independent, cât şi suficiente resurse care să-i permită schimbarea); crearea unui climat afectiv pozitiv în timpul şedinţei de psihoterapie; evitarea evaluărilor critice cu privire la relatările clientului; restructurarea atitudinală;
- *comportamental/funcţional.* În această categorie intră: observarea directă a comportamentelor clientului; jocul de rol; tehnica stingerii comportamentelor nedorite; învăţarea unor noi modele de comportament şi a unor deprinderi de a face faţă situaţiilor; experimentări diverse în sfera comportamentelor clientului; tehnica desensibilizării sistematice; tehnica asertivă; analiza acţiunilor pacientului; monitorizarea comportamentelor/gândurilor disfuncţionale; „testarea în realitate" a convingerilor disfuncţionale; monitorizarea autocontrolului; monitorizarea activităţilor desfăşurate şi implicarea în activităţi cât mai plăcute; planificarea activităţilor, împărţirea activităţilor în sarcini concrete, mai mici; construirea de liste cu situaţii stresogene; antrenamentul asertiv; menţinerea şi amplificarea schimbării terapeutice; adoptarea unui stil de viaţă sănătos, reducerea consumului de cafea, alcool etc.; vizionarea desenelor animate în timpul liber sau a filmelor de comedie; ascultarea unei muzici plăcute, relaxante, de calitate; renunţarea la emisiunile tv. de ştiri, dezbateri politice etc. şi citirea doar a ştirilor în domeniile de interes.

– *la nivel interpersonal* (în scopul abordării faţetelor personalităţii percepute, proiectate, manifestate): tehnica asertivă; consolidarea relaţiilor cu partenerul de viaţă prin petrecerea împreună a unei perioade de timp mai îndelungate, în care se desfăşoare activităţi în comun; îmbunătăţirea relaţiilor cu rudele, prietenii, colegii de serviciu, vecinii;

– *la nivel intra-cultural* (în scopul abordării faţetelor personalităţii autoevaluate, ideale, percepute, proiectate, manifestate) – schimbări în viaţa socioprofesională, dacă este cazul;

– *la nivelul relaţiei cu mediul înconjurător/cu natura* (în scopul abordării faţetelor personalităţii autoevaluate, ideale, manifestate) – desfăşurarea unor activităţi în aer liber, excursii, călătorii, adoptarea unui animal de companie;

– *la nivelul relaţiei cu spiritualitatea/divinitatea/transcendenţa* (în scopul abordării faţetelor personalităţii autoevaluate, ideale, manifestate şi pentru consolidarea Eului/conştiinţei de sine) – analiza existenţială, logoterapia, lectura unor lucrări pe teme spirituale, meditaţia, rugăciunea, alte practici religioase.

Un capitol aparte din cadrul psihoterapiei îl reprezintă temele pentru acasă, care au menirea să-l ajute pe pacient să-şi însuşească tehnici de ajutorare. Ele sunt utile dacă: pacientul urmează logic ceea ce s-a petrecut în timpul şedinţei de psihoterapie; sunt precis şi concret definite, astfel încât succesul să fie uşor de înregistrat; au o bază logică, înţeleasă şi acceptată atât de terapeut, cât şi de pacient; sunt definite ca situaţii din care nu se pierde nimic, pentru că se învaţă, chiar dacă scopul nu a fost atins.

ÎNCHEIEREA TERAPIEI

Deşi cea mai mare parte a muncii este efectuată în etapa de mijloc a terapiei, finalul terapiei, ca şi începutul acesteia, merită o atenţie specială. Modul în care este gestionat finalul va influenţa în mod hotărâtor capacitatea clientului de a utiliza în folosul său toată munca terapeutică desfăşurată.

Sporirea încrederii în perceperea corectă a lucrurilor sau efectuarea într-un mod diferit a lucrurilor poate constitui un semnal cu privire la faptul că s-au realizat suficiente progrese şi că terapia se poate încheia. Este timpul să se analizeze dacă a avut loc vreo schimbare, să se evalueze cum anume a survenit aceasta şi să se efectueze o pregătire a clientului pentru ceea ce va urma.

Ward (1989, apud O'Brien şi Huston, 2009, p. 189) enumeră şapte aspecte care trebuie avute în vedere pentru a evalua cât de pregătit este clientul să încheie terapia:

- Se observă dacă problemele sau simptomele iniţiale au fost reduse sau eliminate.
- Se stabileşte dacă stresul care l-a motivat pe client să apeleze la consiliere s-a diminuat.
- Se evaluează dacă a sporit capacitatea clientului de a face faţă problemelor personale.
- Se evaluează amplificarea nivelului de înţelegere şi de valorizare a sinelui şi a celorlalţi.
- Se observă nivelurile superioare de relaţionare cu ceilalţi, de a iubi şi de a fi iubit.
- Se evaluează capacităţile sporite de a planifica şi de a lucra productiv.
- Se evaluează creşterea capacităţii clientului de a se distra şi de a se bucura de viaţă.

La rândul său, Liegner (2003, apud Dafinoiu şi Vargha, 2005, p. 165) prezintă criteriile de vindecare pe baza cărora putem stabili încheierea procesului terapeutic:

- Clientul prezintă o stare bună de sănătate;
- Clientul se foloseşte constructiv de şedinţele terapeutice pentru a înţelege modul de funcţionare a propriei persoane, respectiv a celorlalţi;
- Acoperă confortabil toate temele relevante – trecutul, prezentul, visele, viaţa sexuală, tratamentul –, producând, prin scrutarea acestora, efectele terapeutice scontate;
- Visele clientului reflectă probleme oedipale şi preoedipale rezolvate;

- Clientul prezintă capacitatea de a-şi trăi stările emoţionale, respectiv de a-şi utiliza sentimentele, judecata, educaţia şi experienţele personale pentru a lua decizii constructive;
- În procesul comunicării, clientul spune ceea ce doreşte într-adevăr să transmită (clientul este congruent în comunicare);
- Clientul şi-a dezvoltat capacitatea de a tolera în egală măsură bucuria şi suferinţa;
- Atât persoanele apropiate (partenerul, rudele, prietenii), cât şi terapeutul apreciază clientul ca fiind o persoană matură.

Liegner recunoaşte că aceste obiective definesc o stare de perfecţiune care nu poate fi atinsă în mod real, dar ele reprezintă repere utile în decizia de a continua sau încheia psihoterapia.

Ca terapeuţi, trebuie să reflectăm împreună cu clientul dacă obiectivele asupra cărora am fost de acord au fost atinse sau nu, ce anume este diferit acum, ce se simte diferit şi ce anume a contribuit la acest lucru; totodată, trebuie să medităm la ceea ce trebuie să se întâmple pentru ca schimbarea să fie menţinută. La fel de importantă este şi luarea în considerare a modului în care se simte clientul în raport cu încheierea relaţiei cu terapeutul.

„În mod inevitabil, finalurile şi despărţirile sunt asociate cu problematica despărţirii şi a pierderii, iar oamenii au tendinţa să evite aceste lucruri. Chiar şi atunci când este clar că oamenii se despart, cei implicaţi îşi spun de obicei: Mai veniţi în vizită!; Ne mai vedem!; Ţinem legătura! şi aşa mai departe. Terapia se poate încheia atunci când are loc o întâlnire matură EU-TU, când ambii interlocutori se întâlnesc „pe acelaşi nivel" undeva „la mijloc", când niciunul nu controlează relaţia şi nu influenţează pe celălalt. Întâlnirea este spontană, sinceră, emoţionantă. Lynne Jacobs apreciază că „EU-TU" este cea mai înaltă formă de comunicare" (Jacobs, 1989).

Personal consider că foarte importante în acest moment sunt: percepţia subiectivă (de către client) a modului de îndeplinire a obiectivelor şi a obţinerii stării subiective de bine, precum şi percepţia timpului necesar obţinerii progreselor/schimbării. Fără a avea pretenţia că modelul propus, de abordare terapeutică integrativă a depresiei, este cel mai potrivit (cel mai mult contează adaptarea intervenţiei la client), îmi exprim speranţa că lupta cu depresia nu se va termina aici.

BIBLIOGRAFIE

1. BERGIN, A. E., GARFIELD, S. L., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, John Wiley, 1994.
2. CASSEL, J. L., *The function of humor in the counseling process*, Rehabilitation Counseling Bulletin, *17*, 1994.
3. CEAUŞU, V., *Autocunoaştere şi creaţie*, Bucureşti, Editura Militară, 1983.
4. COOPER, S. H., *Objects of Hope*, N.J., Hillsdale, The Analytic Press, 2000.
5. CREŢU, T., *Psihologie generală*, Bucureşti, Editura Credis, 2001.
6. DAFINOIU, I., *Elemente de psihoterapie integrativă*, Iaşi, Editura Polirom, 2001.

7. DAFINOIU, I., VARGHA, J.-L., *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*, Iaşi, Editura Polirom, 2005.
8. DAVID, D., *Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale*, Iaşi, Editura Polirom, 2006.
9. DIMMER, S. A., CARROLL, J. L. and WYATT, G. K., *Uses of Humor in Psychoterapy*, American Journal of Psychiatry, **128**, *7*, 1971.
10. DINU, V., *Personalitatea managerilor: Modelul octaedric*, în: CIUREA, A. V., CIUBOTARU, V. G., AVRAM, A. (coord.), *Management în unităţile medico-sanitare*, Bucureşti, Editura Universitară, 2011, p. 158-184.
11. DROBOT, L., *Psihoterapie integrativă*, Fundamente, Bucureşti, Editura V&I Integral, 2009.
12. DROBOT, L. şi POPESCU, O. M., *Manual de psihoterapie integrativă*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică, 2013.
13. EVANS, K. R. şi GILBERT, M. C., *Introducere în psihoterapia integrativă*, Craiova, Editura „Liber Mundi", 2010.
14. FOSHA, D., *Brief integrative therapy comes of age: A commentary*, Journal of Psychotherapy Integration, **14**, *1*, 2004, p. 66-92.
15. HAIG, R. A., *Therapeutic uses of umor*, American Journal of Psychotherapy, **XL**, *4*, 1986.
16. HOLDEVICI, I., *Elemente de psihoterapie*, Bucureşti, Editura All, 1996.
17. HOLDEVICI, I., *Ameliorarea performanţelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, Bucureşti, Editura Orizonturi, 2000.
18. HOLDEVICI, I., *Psihoterapia cognitive-comportamentală. Managementul stresului pentru un stil de viaţă optim*, Bucureşti, Editura Ştiinţelor Medicale, 2005.
19. HOLDEVICI, I., *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*, Bucureşti, Editura Trei, 2009.
20. HOLDEVICI, I., *Psihoterapia un tratament fără medicamente*, Bucureşti, Editura Universitară, 2010.
21. HORNER, A. J., *Treating the Oedipal Patient in Brief Psychotherapy*, New York, London, Jason Aronson, 1985.
22. HOWE, D., *On Being a Client: Understanding the Process of Counselling and Psychotherapy*, Londra, Sage, 1993.
23. HUBBLE, M. A., DUNCAN, B. L. and SCOTT, D. M., *The Heart and Soul of Change*, Washington, D.C. APA, 2000.
24. HYCNER, R., *Between Person and Person*, New York, The Gestalt Journal Press, 1991.
25. JACOBS, L., *Dialogue in gestalt theory and therapy*, Gestalt Journal, **12**, *1*, 1989, p. 25-68.
26. JACOBSON, E., *Depression*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1971.
27. JORGENSEN, C. R., *Active ingredients in individual psychotherapy. Searching for common factors*, Psychoanalytic Psychology, **21**, *4*, 2004, p. 516-540.
28. LAMBERT, M. J., BARLEY, D. E., *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*, în JOHN C. NORCROSS (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, New York, Oxford University Press, 2002, p. 17-32.
29. LAMBERT, M. J., OGLES, B. M., *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*, în M.J. LAMBERT (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, Willey, 2003.
30. LANKTON, C. H., LANKTON, S. R., *The Answer within: A Clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy*, New York, Brunner/Mazel, Publishers,1983.
31. LIEGNER, E., *The question of termination in modern psychoanalysis*, Modern Psychoanalysis, **28**, *1*, 2003, p. 119-132.
32. MALNICK, J., NEVIS, S. M., *Gestalt Therapy: Perspectives and Applications*, NewYork, Gestalt Institute of Cleveland, Gardner Press, 1992.
33. MAMALI, C., *Intercunoaştere*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică, 1974.
34. MARODA, K. J., *The Power of the Countertransference*, New York, Jason Aronson, 1991.
35. MCHUGH, P., SLAVNEY, P., *The Perspectives of Psychiatry*, Baltimore, MD: John Hopkins University Press, 1986.
36. MITCHELL, S. A. and ARON, L. (Eds.), *Relational Psychoanalysis*, N.J., Hillsdale, The Analytic Press, 1999.

37. O'BRIEN, M. şi HOUSTON, G., *Terapia integrativă. Ghid practic*, Iaşi, Editura Polirom, 2009.
38. ORLINSKY, D. E., GRAW, K. & PARKS, B., *Process and outcome in psychotherapy – noch einmal*, în BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (ed. a-IV-a), New York, John Wiley, 1994.
39. PALMER, S., MCMAHON, R. (Ed.), *Client Assessment*, Londra, Sage, 1997.
40. ROSENHEIM, E., *Humor in psychoterapy: An interactive experience*, American Journal of Psychoterapy, *28*, 1974.
41. SCHULTZ, D., *Theories of Personality* (Third edition), California, Wadsworth Inc. Belmont, 1986.
42. STERN, D. N., SANDER, L. W., NAHUM, J. P., HARRISON, A. M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C., BRUSCHWILER-STERN, N. & TRONICK, E. (The Process of Change Study Group), *Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the "something more" than interpretation*, International Journal of Psychoanalysis, *79*, 1998, p. 903-921.
43. STIEMERLING, D., *10 abordări psihoterapeutice ale depresiei. Modele explicative ale psihologiei abisale şi concepte terapeutice asupra depresiei nevrotice*, Bucureşti, Editura Trei, 2006.
44. STOLOROW, R. D. and ATWOOD, G. E., *Contexts of Being*, N.J., Hillsdale, The Analytic Press, 1992.
45. ŞCHIOPU, U., (coord.), *Dicţionar enciclopedic de psihologie*, Bucureşti, Editura Babel, 1997.
46. WARD, D. E., *Termination of individual counselling: concepts and strategies*, în DRYDEN, W. (Ed.), *Key Issues for Counselling in Action*, Londra, Sage, 1989.
47. WILLIAMS, J. M. G., *The Psychological Treatment of Depression*, London, Routledge, 1992.
48. YALOM, I. D., *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4th edition), New York, Basic Books, 1995.
49. YONTEF, G. M., *Assimilating diagnostic and psychoanalytical perspectives into Gestalt therapy*, Gestalt Journal, **11**, *1*, 1988, p. 5-32.
50. ZAMFIRESCU, V. D. (coord.), *Povestiri de psihoterapie românească. 19 cazuri inedite*, Bucureşti, Editura Trei, 2009.
51. ZLATE, M., *Eul şi personalitatea*, Bucureşti, Editura Trei, 1997.
52. ZLATE, M., *Fundamentele psihologiei*, Bucureşti, Editura Pro Humanitate, 2000.

Capitolul 19

PSIHOTERAPIA ANXIETĂȚII, LA PACIENȚII CU DEPRESIE MEDIE

GEORGETA PREDA*

În acest capitol vom prezenta succint cadrul conceptual al domeniului analizat – tulburarea anxioasă – şi vom oferi două studii de caz complexe în domeniul psihologiei clinice a anxietății, la pacienți diagnosticați cu această tulburare şi întrunind un scor de depresie medie, măsurat cu ajutorul Scalei Beck.

Teoriile actuale ale fricii şi anxietății îşi propun să definească cele două concepte şi să lămurească originea şi mecanismele lor de producere. Astfel, anxietatea este trăită frecvent ca sentiment al unui pericol neprecizat. Ea se manifestă prin hipervigilență, încordare, neliniște, tensiune de aşteptare investigatorie nedirecționată şi nesiguranță.

Anxietatea poate fi condiționată de informații insuficiente, de lipsa de repere, de faptul că individul este incapabil de a face față unor solicitări majore ale vieții, de neputința lui de a controla situațiile (Lăzărescu, 2012). Pe de altă parte, frica este definită ca o emoție negativă în relație cu un stimul sau cu o situație obiectivă.

În timp ce frica avertizează individul asupra unui pericol extern, anxietatea atenționează asupra unui pericol intern (Romila, 2004). În termenii fenomenelor psihopatologice, anxietatea se referă la tulburările anxioase, iar frica se referă în mod explicit la fobie. Frica este considerată dintotdeauna ca fiind o reacție normală a organismului față de pericole, motivându-se că, în lipsa ei, specia umană ar fi dispărut de mult timp.

Frica îndeamnă la prudență în abordarea situațiilor neclare şi protejează individul de condițiile vitrege ale mediului. În plus, ca o măsură de precauție suplimentară față de vicisitudinile ambianței, creierul nostru funcționează în aşa fel încât tinde să considere o situație ambiguă mai degrabă ca fiind un pericol, până la proba contrarie (Clinical Research Unit for Anxiety and Depression, 2012).

Anxietatea, la rândul ei, s-ar explica, în opinia majorității psihanaliştilor, prin frustrările libidinale şi interdicțiile morale dictate de Supraeu, care obligă Eul să lupte împotriva anumitor tendințe instinctuale, sub amenințarea apariției sentimentelor de culpabilitate (Rudică, 2012).

Spre deosebire de frică, declanşată de un pericol real sau perceput, anxietatea este văzută ca un semnal al prezenței pericolului în inconştient. Drept răspuns la

* Institutul de Filosofie şi Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru", Departamentul de Psihologie, Calea 13 Septembrie nr. 13, sector 5, Bucureşti; e-mail: lili_preda@yahoo.com.

anxietate, Eul mobilizează diverse mecanisme de apărare, tocmai pentru a preveni pătrunderea în sfera conştiinței a unor gânduri şi sentimente inacceptabile (Tănăsescu, 2009). Dacă anxietatea (numită şi „de semnal") nu reuşeşte să activeze resursele defensive ale Eului, atunci apar simptome nevrotice intense, persistente, ca de exemplu reacțiile specific anxioase.

Potrivit altor autori, principala sursă a anxietății adultului o constituie traversarea precară a stărilor de criză specifice fiecărui stadiu de dezvoltare. Spaimele nerealiste provoacă deseori sentimente copleşitoare de anxietate atunci când nu se manifestă un pericol în jur sau când pericolul este mult prea mic pentru a le justifica (Ellis, 2009).

Filosofii existențialişti leagă anxietatea de sentimentul existenței unui pericol iminent, pe care omul nu-l poate înlătura. Tocmai din acest pericol perceput ar deriva acea stare de neliniște accentuată, de aşteptare, în care persoana are impresia că urmează să i se întâmple ceva rău.

Senzația subiectivă de anxietate se poate întinde de la o aşteptare nespecifică şi difuză până la panică, manifestată prin atacuri de panică (Rudică, 2012). Echivalența atacului de panică poate fi considerată spaima intensă cauzată de pericolele reale.

Atacul de panică, ca manifestare psihopatologică, este o tulburare care survine brusc. O „criză" de panică apare fără un motiv aparent, comprehensiv. Din punct de vedere subiectiv, persoana în cauză trăieşte sentimentul morții iminente sau este încercată de alte fenomene biologice neplăcute (hiperventilație, hiperhidroză, apnee etc.). Cu alte cuvinte, persoana resimte sindromul de panică ca pe un mare pericol, cu manifestări vegetative puternice (Romila, 2004).

Atacurile de panică nu sunt declanşate de situațiile în care persoana se află în centrul atenției altora, aşa cum se întâmplă în fobia socială. Elementul esențial al tulburării este acest aspect neaşteptat, deşi atacurile de panică survin atunci când persoana se teme să nu aibă un atac de panică, dar nu ştie momentul când poate surveni – sau dacă va surveni – atacul respectiv. Trăirea imaginată a atacului de panică poate induce o anxietate de aşteptare în ceea ce priveşte apariția unui nou atac (Lăzărescu *et al.*, 2012).

Atacurile de panică încep cu debutul brusc al unei frici sau terori intense, peste limita de suportabilitate a individului. Ele se asociază cu senzația de moarte iminentă. În timpul atacurilor de panică există mai mult de patru simptome mentale şi fizice asociate, potrivit DSM IV, şi anume senzația de sufocare/dificultăți de respirație, transpirație şi greață, teama de a înnebuni sau de a-şi pierde controlul, senzația de irealitate sau disociere vizavi de sine (depersonalizare, pierderea contactului cu realitatea). Potrivit unor statistici recente, aproximativ 5% din populație va avea atacuri de panică în timpul vieții (Dryden-Edwards, 2012).

În marea majoritate a cazurilor, persoana care a suferit un atac de panică a prezentat şi unele simptome de agorafobie. De altfel, conform DSM IV, tulburările anxioase coexistă adeseori cu tulburarea de panică (acreditată recent cu statut psihiatric propriu, constând din repetarea atacurilor de panică), precum şi cu tulburarea depresivă.

În studiile care au inclus pacienți psihiatrici, agorafobia a fost identificată la 30-40% din pacienții cu tulburare de panică. Prin agorafobie se înțelege frica unei persoane de a se afla în locuri sau situații din care scăparea poate fi dificilă ori în locuri din care nu se poate apela la ajutor în momentul în care ar apărea un atac de panică. Ca urmare a acestei frici, persoana își reduce deplasările, evită situațiile care ar putea declanșa un atac de panică sau caută un însoțitor. În cadrul agorafobiei se manifestă adeseori fobii sociale, spațiale, precum și elemente ale fobiei de separare. Forma cea mai simplă a agorafobiei este teama puternică privind deplasarea în afara casei, chiar dacă sunt spații nepopulate. Puternic anxiogene pentru individul care suferă de această tulburare sunt și: zonele suprapopulate, deplasarea cu mijloacele de transport în comun (mai ales dacă sunt aglomerate), deplasarea departe de locurile familiare. Nu ridică probleme deplasarea cu automobilul în prezența persoanelor familiare (Lăzărescu, 2012). Agorafobia este descrisă, totodată, ca „neplăcere de a străbate spații deschise" sau ca frică de aglomerația din metrou etc. (Romila, 2004). Numeroasele studii efectuate în acest domeniu au evidențiat, după cum am arătat anterior, asocierea frecventă a atacurilor de panică cu agorafobia.

În ceea ce privește tratamentul medicamentos administrat în cadrul tulburărilor anxioase, acesta poate reprezenta un adjuvant eficient al psihoterapiei. Drogurile care reduc anxietatea sunt denumite anxiolitice. Barbituricele, utilizate frecvent în secolul al XIX-lea și la începutul secolului XX, au fost înlocuite, în 1950, cu alte două clase de substanțe: propranololul și benzodiazepina. Există mai multe tipuri de substanțe farmacologice: antidepresivele triciclice, benzodiazepinele, beta-blocante, inhibitori ai mononoaminoxidazei și inhibitori ai recaptării serotoninei, care sunt utilizate cu succes în reducerea tulburărilor anxioase. Rate mari de succes au triciclicele și benzodiazepinele. Unele studii sugerează că antidepresivele (imipramina) sunt mult mai eficiente atunci când în tabloul clinic regăsim dispoziția depresivă (Opre, 2012).

DOUĂ STUDII DE CAZ

Din punct de vedere teoretic, cercetarea noastră și-a propus pe de o parte relevarea cadrului conceptual al domeniului analizat, prezentat anterior, iar pe de altă parte elaborarea unor protocoale terapeutice complexe, vizând abordarea de către psiholog a cazurilor de tulburare anxioasă, la pacienți cu scoruri de depresie medie pe scala Beck. Am realizat totodată integrarea în aceste protocoale a investigațiilor medicale de profil, respectiv examenul somatic și cel psihiatric.

Obiective

Din punct de vedere practic, obiectivele cercetării au vizat: găsirea unor modalități de reducere a anxietății pacienților investigați; exersarea unor strategii de dezvoltare a abilităților de rezolvare a problemelor; deprinderea unui stil de comunicare asertiv, capabil să determine la pacienți, în timp, dezvoltarea unor strategii de coping adecvate situațiilor anxiogene.

Ipoteză

Ca ipoteză a cercetării am anticipat că utilizarea unor tehnici de psihoterapie cognitiv-comportamentală poate fi benefică în terapia anxietății.

Probe

Am utilizat următoarele probe:

1. Scala de anxietate Hamilton, un instrument care evaluează severitatea simptomelor de anxietate. Este o scală de evaluare a cărei completare se efectuează pe baza unui interviu semistructurat cu pacientul. Conține 15 itemi, dezvoltați de Hamilton în 1959. Autorul respectiv a selecționat o serie de simptome asociate cu anxietatea și le-a grupat în 15 clase. Analiza factorială a scalei a arătat că itemii cuprinși în aceasta descriu un factor general de anxietate și doi subfactori specifici, unul privind cogniția și altul referitor la simptomele somatice;

2. Scala de melancolie Beck este un alt instrument util, care cuprinde 11 itemi completați de evaluator, pe baza unui interviu cu pacientul. Se consideră că această scală reprezintă o extensie a scalei Hamilton, oferind alte informații relevante despre manifestarea și intensitatea tulburărilor anxioase. Scala cuprinde 11 itemi completați de evaluator pe baza unui interviu. Această scală reprezintă o extensie a scalei Hamilton. Autorii scalei, Beck și Rafaelsen, și-au propus în 1980 să realizeze o scală de depresie care să aibă o consistență internă mai mare ca scala Hamilton. Evaluatorul are libertatea să întrebe orice consideră necesar, astfel încât să fie în măsură să evalueze cei 11 itemi propuși. Clinicienii utilizează o scală de la 1-4 pentru fiecare item. Scorul scalei, care reprezintă suma celor 11 scoruri ale itemilor poate varia de la 0 la 44 puncte. Scorurile înalte indică un grad mai ridicat de depresie. În 1993, Beck a recomandat următoarele scoruri prag: 0-5 puncte – nu există depresie; 6-9 puncte – depresie ușoară; 10-15 puncte – depresie medie; 16-29 puncte – depresie majoră; peste 30 de puncte – depresie foarte accentuată.

Am ales să prezentăm rezultatele cercetării sub forma a două studii de caz relevante. Din cele două cazuri se observă că tratamentul psihologic, asociat cu cel medicamentos, oferă rezultate notabile în tratamentul tulburărilor anxioase. Importanța cooptării psihologului, alături de psihiatru, în echipa terapeutică este astfel demonstrată.

Cazul 1

Persoană de gen feminin. Vârsta: 35 de ani. Status marital: divorțată. Status ocupațional: profesoară de română.

Istoric

În luna mai 2011, pacienta a prezentat, în casă, o stare de anxietate, manifestată în principal prin palpitații, tahicardie, amețeli. Simptomele au avut o intensitate crescută, pacienta fiind convinsă că ar putea muri din cauza a ceea ce i se întâmplă. Simptomele invocate de pacientă s-au repetat de două ori, la un

interval de o săptămână. Ultima lor manifestare a avut loc în cursul nopții, ceea ce a speriat-o și mai tare pe pacientă, determinând-o să cheme salvarea. Drept urmare, în cadrul asistenței medicale de urgență i s-a recomandat o consultație de specialitate și i s-a administrat xanax de 0,25 mg. Ulterior, simptomele au reapărut de mai multe ori în decurs de două luni, în contexte variabile. Pacienta s-a adresat medicului psihiatru, care a pus diagnosticul de „atacuri de panică" și i-a recomandat tratament cu zoloft/1 tb. pe zi și xanax 0,25 mg/2 tb. pe zi. Ulterior, un alt medic i-a stabilit diagnosticul de tulburare anxios-depresivă mixtă.

Investigații

S-a procedat la un *examen somatic* (pacienta era sănătoasă clinic, dar prezenta obezitate de gradul II), la un *examen psihiatric* (care a relevat o tendință spre izolare socială) și un *examen psihologic*.

Antecedente familiale și sociale

Interviul cu pacienta, vizând antecedentele familiale și sociale, a relevat că aceasta este primul copil născut în familie. Mai are o soră cu trei ani mai mică. Pacienta își descrie tatăl ca fiind o persoană autoritară și critică, care și-a abuzat emoțional ambii copii, spunându-le că sunt elevi mediocri și că nu vor realiza nimic în viață dacă nu vor fi cei mai buni la învățătură. În comparație cu tatăl, mama a fost percepută de pacientă ca fiind o persoană tolerantă. În perioada copilăriei, pacienta iniția cu ușurință relații sociale, iar ulterior, în adolescență a devenit mai timidă, angajându-se cu mai mare dificultate în interacțiunile sociale. În prezent, are o prietenă cu care vorbește și cu care se mai întâlnește, dar destul de rar, deoarece sunt ocupate. Se întâlnește la 3-4 zile cu sora ei, cu care are o relație foarte apropiată, spunând că „sora mea este ca și copilul meu". A fost căsătorită timp de 4 ani. Soțul ei, alcoolic, era foarte agresiv verbal, motiv care a condus la divorț.

Examen psihiatric

Examenul psihiatric a relevat că aspectul pacientei este îngrijit, mimica – mobilă, contactul verbal și dialogul sunt inițiate cu ușurință, atitudinea este cooperantă, mersul – normal, conștiința – clară, luciditatea – păstrată. Pacienta era orientată temporo-spațial, autopsihic și alopsihic, prezenta atenție și memorie în limite normale, nu prezenta tulburări calitative și cantitative ale percepției și nici tulburări de formă și de conținut ale gândirii. Tonalitatea afectivă a limbajului era congruentă cu conținutul ideatic, dar la nivelul afectivității prezenta o dispoziție ușor depresivă. Examenul psihiatric a mai relevat că interacțiunile sociale ale pacientei sunt prezente, dar limitate, aceasta având o tendință spre izolare socială.

Psihodiagnoză

Vom insista, în continuare, asupra rezultatelor psihodiagnozei și asupra tratamentului psihologic al tulburărilor. Astfel, la proba de melancolie Beck, pacienta a obținut un scor de 15, ceea ce a relevat o depresie medie iar la proba de

anxietate Hamilton a prezentat un scor de 28 la anxietate globală, ceea ce corespunde unei anxietăți de valoare medie (subscala psihică și somatică – mediu).

Obiective terapeutice

Obiectivele noastre, pe parcursul celor 14 ședințe de psihoterapie, au fost următoarele: să poată să stea singură în casă; să nu mai părăsească casa în momentul apariției atacului de panică; să poată utiliza mijloacele de transport în comun; să-și reducă dozele de anxiolitice; să-și reia interacțiunile sociale (să-și sune prietenele, să iasă cu ele în parcuri, sa meargă la teatru); să-și dezvolte abilitățile de comunicare asertivă; să dezvolte relații armonioase cu familia de origine.

În tratamentul psihoterapeutic am utilizat următoarele tehnici: tehnica respirației controlate, utilizarea jurnalelor pentru notarea gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale, desensibilizarea sistematică (în imaginație și în vivo), tehnica hiperventilației, tehnici verbale de modificare a gândurilor negative, tehnica relaxării și tehnici de antrenament asertiv.

Post-terapie

După terapie, pacienta a obținut la proba de anxietate Hamilton un scor de 12 la anxietate globală, ceea ce corespunde unei valori scăzute (subscala psihică – 5 și somatică – 7) iar la proba de melancolie Beck a întrunit, la reevaluare, scorul 8, ceea ce indică o depresie ușoară.

În plan psihologic, câștigul major al pacientei a fost dispariția atacurilor de panică, cu menținerea unui anumit grad de intensitate a anxietății. Pacienta și-a îmbunătățit stima de sine și a dobândit tehnici de comunicare asertivă. Interacțiunile sociale ale pacientei au fost reluate, chiar dacă într-o mai mică măsură la început. În relația, cu familia de origine, pacienta a reușit să-și exprime dorințele și nemulțumirile.

Cazul 2

Gen masculin. Vârsta: 20 de ani. Status marital: necăsătorit. Status ocupațional: student.

Istoric

Subiectul a raportat, în 2012, cu trei luni înaintea consultului psihiatric psihologic, stări de greață, amorțeli ale membrelor, senzație de leșin, stare de agitație, dureri de cap. Toate aceste simptome au apărut brusc, în timp ce pacientul se pregătea să plece la cursuri. Ulterior, simptomele au reapărut la interval de câteva zile, cu dureri de cap, amețeli, parestezii și senzație de leșin. Subiectul s-a prezentat la medicul de familie, care a decis să-l îndrume către un consult psihiatru de specialitate. Medicul psihiatru a pus diagnosticul de „tulburare anxioasă" și a recomandat tratament cu xanax, 0,5 mg./2tb. pe zi și psihoterapie.

Investigații

S-a procedat la un *examen somatic* (care nu a evidențiat nicio patologie), unul *neurologic* (rezultatele investigațiilor specifice au fost în limite normale), *unul psihiatric* (au fost evidențiate interacțiunile sociale limitate ale tânărului) și un *examen psihologic*.

Antecedente familiale și sociale

Interviul cu pacientul, vizând antecedentele familiale și sociale, a relevat că acesta este primul copil dintr-o familie organizată, având un frate cu doi ani mai mic. Părinții au studii postliceale. Mama este asistentă iar tatăl – subinginer. Tânărul are o relație defectuoasă cu mama sa. Mama este o persoană autoritară, dominatoare, care încearcă mereu să-și impună punctul de vedere. Tatăl său adoptă o poziție de submisivitate în relația cu soția, încercând să preîntâmpine eventualele scandaluri din familie. În casă există un mediu conflictual, mama generând de fiecare dată discuții. Și fratele mai mic este supus aceloraşi pretenții din partea mamei, dar el este mai impulsiv și mai rebel. În prezent, tânărul nu mai locuiește cu familia deoarece este student în București. În copilărie interacțiunile sociale cu copiii de aceeași vârstă s-au dezvoltat în limite normale. A avut prima prietenă la vârsta de 16 ani, ulterior relațiile cu persoane de sex opus au fost ocazionale. În prezent are o relație de aproximativ un an cu o colegă de facultate. Interacțiunile sociale cu covârstnicii au fost relativ frecvente pe perioada liceului, însă odată cu intrarea la facultate acestea s-au redus, astfel că în ultimul an mai întreține relații cu doi prieteni și cu prietena lui, cu care iese destul de rar în oraș. Are tendința de a se izola în casă din cauza stărilor psihice pe care le trăiește și de a nu frecventa cursurile universitare.

Examen psihiatric

Examenul psihiatric a relevat o ținută relativ îngrijită, o mimică ușor diminuată, o gestică în concordanță cu relatările. Pacientul evită contactul vizual; de asemenea, contactul verbal și dialogul nu se realizează cu ușurință. Discurs relativ sărac, fără a oferi prea multe amănunte cu încărcătură afectivă negativă atunci când povestește despre familia sa. Atitudinea este cooperantă. Mersul este normal, conștiința este clară, cu luciditate păstrată. Orientat temporo-spațial, autopsihic și alopsihic. Conștiința tulburării: prezentă. Atenție și memorie: în limite normale. Percepție: nemodificată, nu prezintă tulburări calitative și cantitative. Gândirea: prezintă tulburări de formă (ritm lent). Nu prezintă tulburări de conținut de tipul ideilor prevalente, obsesive sau delirante. Limbajul: ritm ușor încetinit cu coerența păstrată, tonalitate afectivă congruentă cu conținutul ideatic. Afectivitatea: dispoziție depresivă. Prezintă simptome care denotă anxietatea. Afectivitatea este congruentă cu gândirea și activitatea. Instinct sexual nemodificat. Instinct alimentar diminuat. Voința: diminuată. Activitatea: diminuată. Activitatea este congruentă cu conținutul ideativ și cu afectivitatea. Interacțiunile sociale sunt prezente, dar limitate.

Psihodiagnoză

La scala de melancolie Beck subiectul a obținut un scor de 14 puncte, ceea ce denotă o depresie medie iar la scala de anxietate Hamilton a obținut un indice

global de anxietate de 22 de puncte, ceea ce corespunde unui nivel mediu de anxietate (subscala psihică și somatică – mediu).

Obiective

Obiectivele pe care ni le-am propus au fost următoarele: să iasă singur din casă; să poată folosi mijloacele de transport în comun; să reia interacțiunile sociale să dobândească abilități de comunicare asertivă.

Planul psihoterapeutic a cuprins trei etape:

Prima etapă s-a desfășurat pe perioada a trei ședințe și a fost destinată realizării interviului clinic, evaluării inițiale prin diferite instrumente psihologice, creării relației terapeutice, stabilirii obiectivelor terapeutice, analizei funcționale și conceptualizării cazului. Cea de-a doua etapă, pe o perioadă de aproximativ 18 ședințe, a cuprins terapia propriu-zisă a agorafobiei cu atac de panică. Ultima etapă s-a desfășurat pe parcursul a trei ședințe și a vizat consolidarea rezultatelor și încheierea relației terapeutice.

În *tratament* am utilizat următoarele tehnici:

1. Proceduri de intervenție la nivel cognitiv;
2. Procedura rezolvării de probleme și a antrenamentului asertiv;
3. Proceduri de intervenție la nivel comportamental;
4. Proceduri de intervenție la nivel biologic;
5. Proceduri eclectice – tehnica jocului de rol și metafora terapeutică.

Post-terapie

După terapie, pacientul a obținut la proba de anxietate Hamilton un scor de 11 la anxietate globală, ceea ce corespunde unei valori scăzute (subscala psihică – și somatică – 5) iar la proba de melancolie Beck a obținut la reevaluare scorul ceea ce denotă o depresie ușoară.

Tânărul nu a mai prezentat atacuri de panică și anxietatea lui s-a redus foarte mult. Pacientul a început să fie mai sigur pe el, imaginea de sine și comunicarea cu cei din jur s-au îmbunătățit, a început să-și exprime cu o mai mare ușurință gândurile și sentimentele. A reluat mersul la facultate, performanțele academice au crescut, iar relația cu mama a devenit mai puțin tensionată.

Concluzii și implicații practice

Prezenta cercetare se încadrează în contextul teoretic și metodologic al domeniului tulburărilor anxioase, înfățișând două studii de caz relevante, la care se asociază rezultatele investigațiilor clinice la care au fost supuși pacienții, pentru o reflectare cât mai clară a simptomatologiei de sorginte psihiatrică aferente celor două cazuri.

Montajul psihoterapeutic realizat, ca și multitudinea informațiilor medicale și psihologice recoltate despre pacienți, m-au ajutat să proiectez protocoale terapeutice riguroase în cele două cazuri și să adaptez/structurez convorbirea cu aceștia în vederea țintirii psihoterapeutice atât a simptomelor anxietății, cât mai ales a cauzelor acestei tulburări.

În urma demersului psihoterapeutic, pacienții și-au îmbunătățit stima de sine și au dobândit tehnici de comunicare asertivă.

În schimb, în ciuda diminuării ritmului atacurilor de panică, în cazul ambilor pacienți se menține un anumit grad de intensitate a anxietății, ceea ce reclamă desfășurarea mai multor ședințe de psihoterapie, cu continuarea restructurării cognitive și a mecanismelor de coping adecvate diverselor situații percepute ca anxiogene.

În plan aplicativ, studiul prezentat permite conturarea unor strategii de intervenție psihologică în vederea atenuării anxietății manifestate de pacienții cu scoruri medii de depresie.

Cercetările de factura celei prezente sunt cu atât mai utile practicienilor domeniului, cu cât anxietatea continuă să reprezinte una dintre cele mai frecvente tulburări psihice. Pe parcursul vieții, 29% dintre oameni pot avea o tulburare anxioasă. Mai mult, anxietatea se asociază foarte frecvent, ca tulburare secundară, cu multe alte probleme psihice. De pildă, 76% dintre cei care au depresie trăiesc, în același timp, și o formă sau alta de anxietate. În momentul de față există zeci de tipuri de psihoterapie (cognitivă, comportamentală, cognitiv comportamentală, psihodinamică, psihanalitică, experiențială, existențială, gestalistă etc.) sau ateoretice (terapii integrative, hibride etc.), iar alegerea uneia dintre aceste concepții metodologice integrate (teoretico-aplicativă) depinde de formarea și de abilitățile terapeutului.

Consider că am reușit să ating, prin studiile de caz desfășurate, obiectivele conceptuale și practice pe care mi le-am propus. Astfel, din punct de vedere teoretic/conceptual, am reușit atât inventarierea principalelor teorii asupra tulburărilor anxioase, relevate de literatura domeniului, cât și elaborarea unor protocoale terapeutice complexe, care permit structurarea unei mari cantități de informație, medicală și psihologică.

BIBLIOGRAFIE

1. Clinical Research Unit for Anxiety and Depression, Understanding and managing anxiety, http://www.psychology.org.au/publications/tip_sheets/anxiety/) consultat la data de 3 martie 2012.
2. DRYDEN-EDWARDS, ROXANNE, *Anxiety*, http://www.emedicinehealth.com/anxiety/article_em.htmv, consultat la data de 5 martie 2012.
3. DSM-IV, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi Din România, București, 2000, p. 429.
4. ELLIS, A., *Cum să vă controlați anxietatea*, București, Editura Meteor Press, 2009, p. 30.
5. LĂZĂRESCU, M., BĂRĂNESCU, R., *Psihopatologie descriptivă: semne și sindroame în tulburările mentale*, Iași, Editura Polirom, 2011, p. 108, 115.
6. OPRE, A., *Inconștientul cognitiv: modele teoretice, suport experimental și aplicații*, Iași, Editura Polirom, 2012, p. 188-191.
7. ROMILA, A., *Psihiatrie* (ediția a 2-a revizuită), București, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, 2004, p. 164, 219, 391-395.
8. RUDICĂ, T., *Maturizarea personalității*, Iași, Editura Polirom, 2012, p. 177, 178.
9. TĂNĂSESCU, I. A., *Introducere în psihanaliză*, București, Editura Argument, 2009, p. 73.

Capitolul 20

TERAPIA DE FAMILIE ÎN ABORDAREA TULBURĂRILOR DEPRESIVE

MARIA-SILVIA TRANDAFIR*

Conform statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății, în ultimii 3-4 ani constatat o creștere a numărului de boli mintale. Se estimează că în 2020, depre va ocupa locul doi la nivel mondial, ca incidență, după patologia cardio-vascula În Europa, oamenii politici și specialiștii în domeniul sănătății mintale obse existența unei conexiuni între numărul mare de boli psihice (în special depresie criza economică. Criza financiară afectează toate sectoarele vieții, nu nu economiile, iar impactul acesteia asupra sănătății mintale creează un abis societate, atenționează Josée Van Remoortel, consilier al Parlamentului Europea membru al Mental Health Europe (Van Remoortel, 2012).

Este greu pentru oameni să facă față depresiei, să se lupte cu ea pentr funcționa normal, pentru a-și recâștiga propria viață. Toate aspectele vieții p afectate în depresie, de la activitatea profesională și viața de familie, până relațiile sociale și la bucuria de a trăi.

Prin prisma unui psihiatru cu viziune sistemică, depresia este o alterar biochimismului cerebral, un fel de „diabet" care afectează nu numai viața psihic toate structurile somatice, ci și viața de zi cu zi a individului. Această perspec subliniază importanța modelului bio-psihosocial de abordare a bolii psihice cazul depresiei. Potrivit acestui model, atenția specialistului trebuie să se îndr și asupra contextului familial, profesional și social în care apare boala, luân considerare, totodată, și aspecte precum predispoziția genetică, experiența de a individului (de la naștere și până în perioadă adultă) sau dinamica rela familiale ale persoanei depresive.

Keitner *et al.* (1995) au constatat că aproape jumătate din pacienții diagnost cu depresie majoră au traversat situații psihotraumatizante, aveau prob familiale și, de asemenea, au observat că în familiile pacienților cu depresie cr există același nivel de disfuncționalitate ca și în familiile cu un membru diagno recent cu depresie. Alte studii au arătat că debutul episoadelor depresive este de conflicte și certuri în familie (Paykel *et al.*, 1969).

Schimbările în mediul social au fost asociate, la rândul lor, cu dep (Paykel și Cooper, 1992). În recuperarea depresiei, disfuncționalitatea familie un impact negativ asupra membrilor acesteia, atât pe termen scurt cât și pe te

* Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", Bulevardul Eroii Sanitari 8, Buc 050474; e-mail: trandafirmariasilvia@yahoo.com.

lung (Keitner *et al.*, 1995, 1997). Pe de altă parte, îmbunătățirea funcționalității familiei poate determina scăderea duratei depresiei la un membru al familiei (Keitner *et al.*, 1987), în timp ce nivelul ridicat de critici ale membrilor familiei față de pacient este asociat cu un risc mai mare de recădere (Vaughn și Leff, 1976).

În experiența clinică, aceste argumente științifice aduc în atenție faptul că depresia nu este numai o problemă a individului, ci și o problemă de patologie a sistemului familial. Astfel, terapia de familie devine eficientă acolo unde serotonina și alți neurotransmițători nu sunt.

Contextul de viață al individului nu este luat în considerare în cele mai multe abordări psihoterapeutice, însă în terapia de familie el ocupă un loc important. Există dovezi empirice care susțin legătura dintre caracteristicile sistemului în care trăiește individul și debutul sau continuarea tulburării depresive (Gotlib, 1995, 2002). În cazul persoanelor care suferă de depresie există probleme în mai multe arii de funcționare socială, printre care și cea a vieții de familie. Acest lucru sugerează abordări suplimentare orientate spre familie care se pot realiza prin intermediul terapiei de familie, alături de terapia individuală și de cea medicamentoasă (Keitner, 2003). Terapia de familie se apleacă asupra relațiilor dintre indivizi, propunându-și să îmbunătățească modul de funcționare al familiei și implicit modul de funcționare al fiecărui membru al acesteia (Cortrell, 2002). În cazul pacienților depresivi, un obiectiv principal al terapiei de familie este îmbunătățirea comunicării membrilor familiei, în acest fel reducându-se simptomele depresiei.

MODELE DE ABORDARE A PROBLEMATICII FAMILIEI

Există mai multe modele de abordare sistemică a problematicii familiei, pe care le vom examina în cele ce urmează.

Modelul structural. Fondatorul indubitabil al acestui model este Minuchin Salvador (Minuchin, 1982). Vom prezenta, în continuare, câteva principii ale modelului dezvoltat de acesta. Astfel, structura familiei este o rețea de necesități funcționale, care organizează modul în care interacționează membrii familiei. Patternurile relaționale care se repetă în interiorul familiei (și care configurează sistemul familial) stabilesc reguli cu privire la interacțiunile intrafamiliale. Abordarea structurală se bazează pe faptul că familia este reprezentată de dinamica relațiilor care se stabilesc între membrii ei. Mai departe, membrii unei familii își stabilesc relațiile după reguli care reglementează tranzacțiile între ei. Aceste reguli nu sunt declarate, de obicei, într-o manieră explicită; fiecare le consideră implicite și de aceea nu sunt totdeauna cunoscute. Alteori, aceste reguli generează patternuri disfuncționale. Totalitatea regulilor după care familia funcționează formează structura familiei respective. O structură familială nu este imediat accesibilă observatorului. Terapeutul obține informații despre ea discutând cu membrii familiei, observând modul în care aceștia interacționează (între ei și cu terapeutul). În urma acestor demersuri, terapeutul stabilește un diagnostic structural al familiei. Un alt aspect important al acestei abordări este utilizarea metaforelor spațiale și organizaționale în descrierea problemei individului, în descrierea soluționării

problemelor familiale; rolul activ al terapeutului în procesul de schimbare este în acest caz unul decisiv.

Terapia structurală, ca și alte abordări sistemice, acordă importanță contextului în care apar și sunt soluționate problemele familiale. Ea consideră schimbarea ca venind întotdeauna dinspre societate către familie, niciodată invers (Minuchin, 2008). Familia se schimbă, dar ea continuă să existe. Terapeutul de familie induce schimbarea construind granițe clare între subsisteme, țintind aspectele disfuncționale, punând personajele principale să interacționeze după diferite scenarii, asociindu-se sistemului familial (prin implicare psihoterapeutică) dintr-o poziție apropiată, medie sau distantă, dezechilibrând controlat acest sistem sau crescând, după caz, intensitatea interacțiunilor dintre membrii familiei.

Modelul strategic. Haley definește astfel abordarea strategică: „Se vorbește de terapie strategică atunci când terapeutul are inițiativa a tot ceea ce se petrece în cursul terapiei și elaborează o tehnică particulară pentru fiecare problemă. În cursul terapiei strategice, inițiativa este în permanență în mâinile terapeutului, care identifică problemele pe care trebuie să le rezolve, stabilește obiectivele și intervențiile pentru a atinge aceste obiective, evaluează răspunsurile pe care le obține pentru a corecta abordarea și, în final, examinează rezultatele pentru a vedea dacă terapia a avut un bun rezultat" (Haley, 1973, 1976).

Abordarea strategică consideră simptomatologia ca fiind un semn al dezechilibrării structurii familiale, din cauza alianțelor de putere transgenerationale, care modifică granițele și ierarhiile (un exemplu de dezechilibru este „triunghiul pervers"). Modelul pe care îl propune acest autor este unul ierarhic și normativ. Fiecare membru al familiei utilizează strategii și tehnici pentru a defini pe cât posibil relația sa cu ceilalți. Aspectul normativ este ilustrat de faptul că modelul prevede posibilitatea unei structuri ierarhice „corecte", care să nu producă patologie. Terapeutul reorganizează structura dezechilibrată a familiei și utilizează strategii și tehnici prin care verifică tentativele clienților de a menține controlul asupra relației (idem). Acest model de abordare sistemică a familiei este considerat a fi unul sec, pragmatic, detașat și puțin afectuos.

Sintetizând, modelul lui Haley poate fi astfel prezentat:

- terapeutul de familie de orientare strategică negociază raportul de putere între membrii familiei;
- terapeutul modifică ierarhiile incongruente (împiedicând situațiile în care puterea ar fi exercitată de către o singură persoană, în defavoarea celorlalți membri ai familiei);
- terapeutul încurajează ritualurile (creând momente speciale în evoluția familiei);
- terapeutul prescrie simptomul; el favorizează repetarea comportamentului disfuncțional (pentru a pune în evidență toate aspectele negative ale acestuia și efectele lui asupra pacientului), transmițând mesajul „simptomul nu mai are sens să existe".

Modelul sistemic de la Milano. Prin intermediul întrebărilor, terapeutul descoperă credințele, percepțiile, convingerile fiecărui membru al familiei cu privire

la relațiile pe care le stabilește cu fiecare dintre ceilalți membri, apoi le cere tuturor membrilor familiei să comenteze și să interpreteze fiecare răspuns. În felul acesta apar feedback-uri care generează noi percepții, convingeri și noi patternuri de interacțiune familială. Totodată, terapeutul intervievează membrii familiei după anumite ipoteze, face prescripții paradoxale, folosește conotația pozitivă, nu blamează (Boscolo, 1987, Palazzoni, Boscolo *et al.*, 1980).

În abordarea narativă, terapeutul ajută familiile să creeze noi povești și să găsească noi căi pentru a interpreta experiențele de viață. Pentru acesta, el folosește metafora narativă, externalizarea (se spun și respun poveștile clientului), invită paricipanții să-și reamintească poveștile în „clubul vieții lor" (White, Epston, 1990; Morgan 2000).

Modelul psihoeducațional. Își propune să modifice comportamentele disfuncționale ale familiei prin dobândirea/învățarea unor abilități și deprinderi adaptative, să ofere suport pentru înțelegerea și cunoașterea bolii de care pacientul suferă (Diamond, 2001). Abordarea psihoeducațională îmbină intervențiile comportamentale cu tehnicile structurale (Leff *et al.*, 1982). Membri familiei și rudele sunt informate despre cauzele și cursul bolii persoanei bolnave, despre modalitățile în care pot ajuta sau în care sunt mai puțin de ajutor. Astfel se reduce și se optimizează intensitatea implicării emoționale a membrilor familiei. Un aspect particular al acestei intervenții îl reprezintă grupurile rudelor, în care se învață – și se schimbă – experiențe și soluții (Kuipers *et al.*, 2002).

Modelele comportamentale. Se bazează pe condiționarea operantă în învățare. Se concentrează de obicei pe părinte sau pe diada părinte-copil și încearcă să îmbunătățească abilitățile cognitive, afective, interpersonale, comportamentale și de învățare a noilor conduite. Ulterior, comportamentele dezirabile sunt întărite prin favorizarea repetiției acestora în diverse situații de viață (Diamond, 2001).

O altă modalitate terapeutică de abordare a problemelor unui membru depresiv al familiei este cea realizată în cadrul unui grup compus din mai multe familii. Acest format terapeutic combină cu succes terapia de familie cu cea de grup, precum și cu psihoeducația.

EFICACITATE TERAPEUTICĂ

Depresia este o boală care se tratează. Totuși, practica și diversele studii demonstrează că numeroși pacienți depresivi nu răspund la tratament și continuă să prezinte simptome reziduale problematice (Hirschfeld *et al.*, 2002; Thase *et al.*, 2001). Studiile dublu-orb, controlate în ambulator, vizându-i pe pacienții cu depresie ușoară până la moderată, au raportat rate de remisiune de 46% pentru medicamente, de 46% pentru psihoterapie și de 24% pentru placebo (Casacalenda *et al.*, 2002).

În studiile de evaluare a eficacității terapiei de familie la pacienții cu depresie s-a constatat că aceasta pare să fie comparabilă cu terapia individuală în ameliorarea simptomelor depresive, totodată, terapia de familie a părut a fi mai eficientă decât terapia individuală în ceea ce privește îmbunătățirea funcționării cuplului (Beach, 2003; Kung, 2000).

Terapia de familie poate fi utilă atunci când tensiunea din familie este prezentă ca o componentă a depresiei. De exemplu, soțiile deprimate, aflate în relații disfuncționale de cuplu, au fost repartizate aleatoriu în grupuri unde se folosea terapie marital comportamentală (BMT), terapie cognitivă (CT) sau o condiție de control-placebo. În reducerea simptomelor depresive, BMT și CT au fost la fel de eficace, dar BMT a contribuit semnificativ mai mult la reducerea tensiunii maritale și a simptomatologiei soției depresive, comparativ cu CT (Beach și O`Leary, 1992). Studiile au mai arătat că terapia de familie și-a dovedit eficacitatea alături de terapia medicamentoasă și în cazul pacienților diagnosticați cu tulburare afectivă bipolară scăzând rata recăderilor (Miklowitz și Goldstein, 1990; Clarikin *et al.*, 1990).

Alte cercetări au demonstrat că, la pacienții depresivi care trăiesc cu partenerii lor de cuplu, evoluția depresiei de intensitate nevrotică (peste 9 luni) corelează cu nivelul de critici exprimate de către partener față de pacient (Vaughn și Leff, 1976; Hooley *et al.*, 1986; Okasha *et al.*, 1994). Această observație sugerează că terapia de cuplu ar putea fi o formă adecvată de tratament pentru pacienții cu depresie care trăiesc cu un partener critic.

Un studiu recent (London Depression Inventory Trial), randomizat, controlat, de evaluare a medicației antidepresive vs. terapia de cuplu, în tratamentul inițial al depresiei – și vizând pe de altă parte întreținerea persoanelor cu depresie care trăiesc cu un partener – a relevat eficacitatea terapiei de cuplu, în cuplurile cu un partener depresiv; eficacitatea a fost evaluată din punct de vedere al raportului dintre rezultatele clinice și costuri (Leff *et al.*, 2000).

În același timp, studiile de gen au relevat că utilizarea terapiei cognitive în cazul pacienților depresivi a înregistrat o rată mare de abandon (circa 8 din 11 pacienți abandonează demersul terapeutic), astfel încât această opțiune de tratament a trebuit să fie repede eliminată. Lotul utilizat într-unul din aceste studii a fost de 77 de subiecți (Jones și Asen, 1999). Subiecții au primit antidepresive triciclice, desipramina, care a fost titrată lent, pe parcursul a câteva săptămâni. În cazul în care, după atingerea nivelului seric terapeutic, simptomatologia nu s-a remis și au apărut efecte adverse, s-a administrat un alt antidepresiv, trazodona, în cazurile însoțite de agitație. După ce dozele terapeutice au fost atinse și simptomele s-au remis, pacientul a continuat cu aceste doze timp de 4 luni, după care ele i-au fost reduse treptat (între 1/2 și 2/3 din dozele de vârf). Pacienții au fost menținuți la aceste doze pentru restul primului an. Alături de medicație, pacienții și partenerii lor au participat și la două sesiuni de program educațional despre depresie și despre medicația antidepresivă. Sesiunile (în număr de 12-20) au durat câte 20-30 de minute. După un an, administrarea antidepresivului a fost oprită la două săptămâni drept urmare, doi pacienți au ales să rămână pe medicație, iar alți doi pacienți au suferit recăderi imediat după oprirea medicației, necesitând reluarea tratamentului medicamentos.

În acest studiu complex, terapia de cuplu a încercat să-i ajute pe pacienți și pe partenerii acestora să obțină noi perspective asupra problemelor pe care le prezintă depresia, să descopere sensuri diferite pentru comportamentul tipic depresiv și să experimenteze noi modalități de raportare la celălalt. În timpul acestei faze

studiului, terapeuții au încercat intervenții specifice, menite să reducă direct criticile partenerului față de pacientul depresiv.

Autorii studiului au elaborat un manual în care au prezentat în detaliu tehnicile psihoterapeutice utilizate (observarea și jocul de rol, întreruperea ciclurilor problematice de comportament, stabilirea unor sarcini precise pentru a dezvolta modalități mai puțin problematice de interacțiune intrafamilială), precum și protocolul utilizat (12-20 de sesiuni, cu o durată de aproximativ 50 de minute fiecare). Manualul a descris trei faze distincte de terapie în care sunt utilizate diverse intervenții specifice, oferind în același timp suficientă flexibilitate pentru a evita ca terapia să devină o „cămașă de forță" pentru cei vizați.

Trebuie să precizăm că evaluarea inițială a pacientului a inclus: o istorie completă psihiatrică, un examen de stare prezentă (PSE), aplicarea Scalei Hamilton pentru depresie (HRSD) și a Beck Depression Inventory (BDI; Beck *et al.*, 1961). Partenerul a fost evaluat prin intermediul Interviului familial Camberwell (TPI). În același timp, atât pacientul, cât și partenerul său, au completat scala Dyadic Ajustment Scale (Spanier, 1976), pentru a măsura calitatea relației lor. După finalizarea tratamentului, precum și la sfârsitul celui de-al doilea an, fără tratament, aceste evaluări au fost repetate, atât pentru pacient, cât și pentru partenerul său.

Rezultatele cu privire la abandon (Dropout) au fost de 56,8% la tratamentul medicamentos și de 15% la terapia de cuplu. Starea subiecților depresivi s-a îmbunătățit în ambele grupuri, cei tratați prin terapia de cuplu au prezentat un avantaj semnificativ, evaluat cu Beck Depression Inventory, atât la sfârșitul tratamentului, cât și după cel de-al doilea an de tratament. Nu a existat nici o diferență semnificativă între cele două tratamente în ceea ce privește costurile. Pentru grupul studiat, terapia de cuplu a fost mai ușor acceptată decât medicația antidepresivă și s-a dovedit a fi cel puțin la fel de eficientă ca aceasta (dacă nu chiar mai mult), atât în tratamentul inițial al depresiei, cât și în fazele de întreținere. Scorurile HRSD nu au relevat diferențe semnificative între îmbunătățirile din cele două grupuri de tratament.

Studii precum cele ale lui Vaughn (1985) au relevat, la rândul lor, legătura între stresul din familie (cauzat de membrii familiei) și un membru al acesteia cu boală mintală. S-a observat o legătură între nivelul de emoție exprimată (EE) al membrilor familiei și recăderea pacienților în depresie. Această corelație a fost evidențiată mai întâi în cazul pacienților diagnosticați cu schizofrenie (Falloon, Boyd *et al.*, 1982). Psihoeducația familiilor respective, ca intervenție terapeutică, a redus nivelul EE și a prevenit recidivele în schizofrenie (Shimodera *et al.*, 2000).

Au existat și unele studii care au încercat să evidențieze legătura dintre exprimarea emoțiilor în familie și depresie, precum și rolul psihoeducației în tratamentul acestor bolnavi. Vaughn și Leff (1976), Shimazu *et al.* (2011) au constatat, de pildă, într-un studiu prospectiv, că asocierea dintre exprimarea emoțiilor și recidivă/recădere ar putea fi chiar mai puternică în depresie decât în schizofrenie. Un studiu de acest tip s-a desfășurat pe un eșantion de 103 pacienți diagnosticați cu depresie (conform DSM IV) și pe membrii lor de familie; 57 de cupluri au fost împărțite aleator, formându-se un grup de intervenție (N = 25) și un grup de control (N = 32). Pacienții au continuat tratamentul antidepresiv de întreținere după ce au răspuns la tratamentul antidepresiv din fază acută, fiind în remisiune parțială sau completă pe durata studiului.

Pentru a evalua starea depresivă, s-au administrat Scala Hamilton pentru depresie (HRSD) și Beck Depression Inventory (BDI), înainte de intervenție și după 9 luni. Recidivele au fost declarate după ce pacienții au fost examinați de un psihiatru independent, care le-a administrat scalele HRSD și BDI. Remisia a fost definită la un scor HRSD de 6 sau mai mic.

Psihoeducația familiilor participante în studiu s-a realizat prin intermediul unor cursuri la care au participat până la cinci membri ai familiei. În primele 30 de minute au fost furnizate informații cu privire la depresie și la tratamentul acesteia, iar următoarele 60-90 minute au fost dedicate discuțiilor de grup, în scopul rezolvării problemelor cu care se confruntau familiile participante. Problematica abordată în aceste ședințe a fost legată de epidemiologia și cauzele depresiei, simptomatologia acestei tulburări, tratamentul și evoluția depresiei, mecanismele de coping ale pacientului. S-au folosit ca materiale didactice o casetă video și un manual care explicau depresia și tratamentul acesteia. Ședințele au fost susținute de doi psihiatri cu peste 10 ani experiență în domeniul psihiatriei și cu peste 7 ani experiență în psihoeducație, precum și de un psiholog cu 7 ani de experiență în gestiunea grupurilor psihoeducaționale. Toți aceștia au fost supervizați de un specialist cu 30 de ani de experiență în psihoeducație, destinată persoanelor cu boli mintale grave.

Studiul a demonstrat că timpul până la recăderea în depresie a fost mai mare (statistic semnificativ) în grupul de psihoeducație decât în grupul de control (analiză de supraviețuire Kaplan-Meier, p = 0,002). De asemenea, ratele de recidivă măsurate pentru cele două grupuri (până la 9 luni de follow-up) au fost de 8%, respectiv de 50%. S-a demonstrat astfel că psihoeducația familiei este eficientă în prevenirea recăderilor, în cazul pacienților adulți cu depresie majoră. Acest studiu a fost primul care a reușit să probeze că psihoeducația familiilor cu un pacient depresiv a fost eficientă în prevenirea recidivei la pacienții depresivi.

Există însă și cercetări mai rezervate în ceea ce privește eficacitatea terapiei de familie în depresie. Astfel Henken, Huibers *et al.* (2009) au publicat o metaanaliză cu privire la dovezile disponibile ale eficacității terapiei de familie în depresie, luând în considerare: abordările terapeutice folosite de inițiatorii studiilor de profil (cognitive, comportamentale, sistemice, psihoeducaționale etc.), participanții la aceste studii (adulți, adolescenți și copii) și instrumentele de măsură utilizate etc. Metaanaliza nu a putut înfățișa o concluzie generală în ceea ce privește eficacitatea terapiei de familie în tratarea depresiei. Dovezile eficacității terapiei de familie în depresie nu au depășit nivelul 3 (dovezi limitate sau contradictorii) și nivelul 2 (dovezi moderate). Cu toate acestea, s-a dovedit că terapia de familie este mult mai eficientă decât lipsa tratamentului.

Comparând eficacitatea terapiei de familie cu eficacitatea intervențiilor de grup, individuale, cognitive sau comportamentale, a fost neclar dacă terapia de familie se dovedește a fi o intervenție eficientă. Studiul menționat a concluzionat că există dovezi prea puține pentru a trage concluzii cu privire la eficacitatea acestei intervenții în depresie.

Totuşi, lipsa dovezilor de înaltă calitate în acest domeniu nu descurajează utilizarea pe scară largă a terapiei de familie în depresie, atâta timp cât nu se cunosc dovezi privind potenţialele consecinţe negative ale acestei terapii în cazul pacienţilor depresivi. Considerăm, drept urmare, că este nevoie de aprofundarea cercetărilor în domeniu, pentru a determina eficacitatea terapiei de familie în tulburarea depresivă, în comparaţie cu alte tratamente.

Apreciem, totodată, că studiile în domeniul terapiei de cuplu/familie pentru depresie se confruntă cu limitări importante, cauzate în principal de: numărul mare de variabile; grupurile eterogene ale pacienţilor studiaţi; dificultatea găsirii unor grupuri de comparaţie; diagnostic; severitatea şi cronicitatea tulburării; sex; nivelul de stres din familie; abordările utilizate; numărul variabil de sesiuni de terapie; durata follow-upului pentru evaluări etc.

Sub numele de „terapie de familie" sunt cuprinse mai multe tipuri de abordări sistemice pe care terapeuţii de familie le practică eclectic sau utilizând preponderent un anumit model. Acesta este un alt aspect care generează interpretări şi limitează cercetarea în domeniul terapiei de familie. Cu toate aceste neajunsuri, literatura de specialitate consemnează opinia unanimă a specialiştilor, potrivit căreia practica din clinică a probat eficacitatea terapiei de familie în depresie, alături de tratamentul medicamentos.

Având în vedere atât numărul mare de persoane afectate de depresie, cât şi impactul major pe care această afecţiune îl are asupra sănătăţii publice, credem că este important ca pentru tulburarea depresivă să se identifice tratamente eficiente, la costuri accesibile. Cercetarea în domeniul terapiei de familie poate oferi un răspuns eficient la aceste căutări.

BIBLIOGRAFIE

1. BEACH, S., *Affective disorders*, J. Marital Fam. Ther., **29**, *2*, 2003, p. 247-261.
2. BEACH, S. R. & O'LEARY, K. D., *Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy*, Behavior Therapy, **23**, *4*, 1992, p. 507-528.
3. BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L. *et al.*, *Milan Systemic Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects*, New York, Harper & Row, 1987.
4. CASACALENDA, N., PERRY, J. C., LOOPER, K., *Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions*, Am. J. Psychiatry, **159**, *8*, 2002, p. 1354-1360.
5. CLARKIN, J. F., GLICK, I. D., HAAS, G. L., SPENCER, J. H., LEWIS, A. B., PEYSER, J. *et al.*, *A randomised clinical trial of inpatient family intervention, V: Results for affective disorders*, Journal of Affective Disorders, *18*, 1990, p. 17.
6. COTTRELL, D., BOSTON, P., *Practitioner review: the effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, **43**, *5*, 2002, p. 573–86.
7. DIAMOND, G., SIQUELAND, L. *Current status of family intervention science*, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, **10**, *3*, 2001, p. 641-61.
8. FALLOON, I. R., BOYD, J. L., McGILL, C. W., RAZANI, J., MOSS, H. B., GILDERMAN, A. M., *Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study*, New Engl. J. Med., 1982, **306**, p. 1437– 40.
9. GOTLIB, I. H., BEACH, S. R., *A marital/family discord model of depression: implications of therapeutic intervention*, Clinical handbook of couple therapy, New York, NY, Guilford, 1995.
10. HENKEN, T., HUIBERS, M. J., CHURCHILL, R., RESTIFO, K. K., ROELOFS, J. J., *Family therapy for depression*, Cochrane Database of Systematic, 2009.
11. HALEY, J., Tr. it. *Terapie non comuni*, Roma, Astrolabio, publicată 1973, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson*, New York, M.D. Norton, 1976.
12. HOOLEY, J. M., ORLEY, J., TEASDALE, J. D., *Levels of expressed emotion and relapse in depressive patients*, British J. Psychiatry, *148*, 1986, p. 642–7.
13. KUIPERS, L., LEFFL *et al.*, *Family work for schizophrenia*, A protocol guide, London, Gaskell, 2002.
14. KEITNER, G. I., ARCHAMBAULT, R., RYAN, C. E., MILLER, I. W., *Family therapy and chronic depression*, J. Clin. Psychol., **59**, *8*, 2003, p. 873-884.
15. KEITNER, G. I., RYAN, C. E., MILLER, I. W., ZLOTNICK, C., *Psychosocial factors and the long-term course of major depression*, J. Affect. Disord., **44**, *1*,1997, p. 57-67.
16. KEITNER, G. I., RYAN, C. E., MILLER, I. W. *et al.*, *Role of the family in recovery and major depression*, Am. J. Psychiatry, **152**, *7*, 1995, p. 1002-1008.
17. KEITNER, G. I, MILLER, I. W., EPSTEIN, N. B. *et al.*, *Family functioning and the course of major depression*, Compr. Psychiatry, **28**, *1*, 1987, p. 54-64.
18. KUNG, W. W., *The intertwined relationship between depression and marital distress: elements of marital therapy conductive to effective treatment outcome*, J. Marital Fam. Ther., **26**, 1, 2000, p. 51-63.
19. LEFF, J., VEARNALS, S., BREWIN, C. R. *et al.*, *The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs*, British J. Psychiatry, **177**, 2000, p. 95-100.
20. LEFF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., EBERLEIN-VRIES, R., STURGEON, D., *A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients*, British Journal Psychiatry, **141**, 1982, p. 121– 34.
21. MINUCHIN, S., *Familles en therapie*, Editions eres, tr. franceză, Toulouse, publicată 1974, Haward Univ. Press, 2008, p. 74.
22. MINUCHIN, S., FISHMAN, C., *Guida alle techniche della terapia della famiglia*, tr. ital., Roma, Astrolabio-Ubaldini Editore (publicată 1981), Cambridge, Harvard University Press, 1982.
23. MIKLOWITZ, D. J., GEORGE, E. L., RICHARDS, J. A., SIMONEAU, T. L., SUDDATH, R. L., *A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder*, Arch. Gen. Psychiatry, **60**, 2003, p. 904– 12.
24. MIKLOWITZ, D. & GOLDSTEIN, M. J., *Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder*, Behavior Modification, *14*, 1990, p. 457-489.
25. MORGAN, ALICE, *What is narrative Therapy?*, Adelaide, South Australia, 2000.
26. OKASHA, A., EL AKABAWI, A. S., SNYDER, K. S., WILSON, A. K., YOUSSEF, I., EL DAWLA, A. S., *Expressed emotion, perceived criticism and relapse in depression: a replication in an Egyptian community*, Am. J. Psychiatry, **151**, 1994, p. 1001-5.
27. PALAZZOLI, M. S., BOSCOLO, L., *Ipotizazione, circularita, neutrelita: tre direttive per la conduzione della seduta*, Fam. Proc., **19**, 1980, p. 3-10.
28. PALAZZOLI, M. S., BOSCOLO, L. *et al.*, *The problem of the referring person*, J. Mar. Ther., **6**, 1980, p. 3-9.
29. PAYKEL, E. S., COOPER, Z., *Life events and social stres*, în PAYKEL, E. S., *Handbook of Affective Disorders* (2nd ed.), New York, Guilford Publications, 1992, p. 149-170.
30. PAYKEL, E. S., MYERS, J. K., DIENELT, M. N. *et al.*, *Life events and depression. A controlled study*, Arch. Gen. Psychiatry, **21**, *6*, 1969, p. 753-760.
31. SHIMAZU, K. I., SHIMODERA, S. *et al.*, *Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial*, The British Journal of Psychiatry, *198*, 2011, p. 385-390.
32. SHIMODERA, S., INOUE, S., MINO, Y., TANAKA, S., KII, M., MOTOKI, Y, *Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan*, Psychiatry Res., **96**, 2000, p. 141– 8.

33. VAUGHN, C. E., LEFF, J. P., *The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients*, British Journal Psychiatry, **129**, 1976, p. 125-37.
34. VAUGHN, C., LEFF, J. *The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients*, Br. J. Soc. Clin. Psychol., **15**, *2*, 1976, p. 157-165.
35. VAUGHN, C. E, LEFF, J. P., *The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients*, British Journal Psychiatry, **129,** 1976, p. 125-37.
36. VAN REMOORTEL, J., *Depression, Suicides Rise as Euro Debt Crisis Intensifies*, C.N.B.C, 2012.
37. WHITE, MICHAEL, DAVID, EPSTON, *Narrative Means to Therapeutic Ends*, New York, Norton, 1990.

Capitolul 21

DINAMICA RELAȚIONALĂ ÎN FAMILIILE CU UN PACIENT DEPRESIV

MARIA-SILVIA TRANDAFIR

În fața familiei pacientului depresiv, terapeutul își pune întotdeauna mai multe întrebări: „Care sunt patternurile relaționale dintre pacienții cu depresie și partenerii lor de viață?"; „Cum comunică membrii familiei respective?"; „Ce tipuri de relații au existat în familia de origine a pacientului depresiv și în ce fel relațiile din familia de origine l-au influențat și l-au însoțit de-a lungul timpului?"; „Care sunt miturile din familiile pacienților depresivi și, nu în ultimul rând, care sunt valorile transmise din generație în generație?" Răspunsurile la aceste întrebări ajută la identificarea celei mai potrivite abordări psihoterapeutice.

În general, familia pacientului depresiv se remarcă prin posibilitățile ei limitate de interacțiune. Interacțiunile sunt reduse atât în interior, cât și cu exteriorul. Se vorbește chiar despre „o structură și o dinamică depresivă" a familiei în cauză. Hoffman (1981) descrie familiile pacienților depresivi ca fiind neimplicate, „cu granițe rigide față de exterior". Copiii proveniți din aceste familii pot dezvolta comportamente agresive și antisociale, pentru a încerca să-și scoată părintele din starea de depresie. Părintele poate abandona pentru moment boala, însă atunci când comportamentul copilului se normalizează, el se reîntoarce în depresie.

Madanes (1991) descrie ierarhia din cuplul cu un partener depresiv ca fiind una incongruentă. Astfel, ambii parteneri sunt, în același timp, și puternici și slabi în conflictele dintre ei. Partenerul sănătos se află într-o poziție superioară, pentru că îl ajută pe cel bolnav, dar în același timp se situează și în poziție inferioară, fiindcă nu reușește să înlăture simptomatologia depresivă. La rândul său, soțul bolnav este concomitent în poziție inferioară (din cauza simptomatologiei) și în poziție superioară (deoarece prin boală sa reușește să influențeze comportamentul celuilalt soț). În aceste interacțiuni, în această luptă, cei doi parteneri sunt deopotrivă victorioși și înfrânți, conchide autorul citat. Patternurile relaționale descrise anterior se repetă și mențin nevoia de ajutor a partenerului bolnav.

Henderson (1974) descrie „care eliciting behavior", un comportament verbal și nonverbal pe care depresivul îl dezvoltă pentru a genera interacțiuni cu cei din jur, în vederea obținerii de răspunsuri care îl reconfortează și îi dau asigurări. Acest comportament este normal la copii și în anumite situații cu care se confruntă adultul (în caz de boală, ca urmare a pierderii unei persoane dragi sau a unor evenimente stresante). În depresie, „care eliciting behavior" atinge intensități mari. Cererea de ajutor stabilește chiar o ierarhie în familie; astfel, depresivul este

recunoscut ca „pacient desemnat". Acesta se află într-o poziție inferioară, iar partenerul de viață sau un alt membru al familiei trebuie să-i rezolve toate cererile care par că nu se mai sfârșesc. Se conturează, în acest mod, „relația de ajutor" („care giving behavior"), în care membrul sănătos al familiei se implică cu toată energia sa pentru satisfacerea nevoilor celuilalt. Ajutorul acordat este însoțit de o atitudine severă („severitate binevoitoare"), care poate fi percepută ca punitivă de către „pacientul desemnat". Această „severitate binevoitoare" are, totodată, și o conotație pozitivă, deoarece „pacientul desemnat" este pedepsit din „dorința de fi ajutat" sau „din iubire".

Partenerul sănătos deține puterea în familie deoarece este cel activ, competent în aproape toate ariile de funcționare – socială, familială, lucrativă. Din această perspectivă, ierarhia incongruentă din familia cu un pacient depresiv poate fi privită și sub aspectul „competenței" și al „incompetenței". Starea „pacientului desemnat", generată de simptomatologia depresivă care nu se remite, îl pune într-o situație de „neputință" și de „incompetență" pe partenerul sănătos. În felul acesta, el este deopotrivă „supercompetent" și „incompetent". Membrul depresiv al familiei este și el „incompetent" (din cauza bolii) și „competent" (fiindcă poate impune și genera anumite comportamente ale partenerului sănătos, controlându-l și punându-l în situația de a nu mai fi „competent"). Această structură familială este una disfuncțională, care îi conferă „pacientului desemnat" așa numita „victorie a înfrângerii", o altă caracteristică a relațiilor din familia cu un membru depresiv (Loriedo, 2004).

PERSPECTIVA SISTEMICĂ

Abordând relația dintre individul depresiv și partenerul său de viață (sau membrul familiei care își asumă responsabilitatea îngrijirii „pacientului desemnat"), după modelul sistemic – în care un stimul generează o anumită reacție din partea celuilalt care, la rândul său, determină un nou comportament al partenerului –, obținem o imagine circulară a interacțiunilor din familia pacientului depresiv.

Conform teoriei sistemelor, informația rezultată dintr-o anumită acțiune este reintrodusă în sistem, permițându-i acestuia să-și organizeze, să-și ajusteze/ modifice activitatea următoare. Autoreglarea prin retroacțiune (feed-back) poate explica echilibrul dinamic al sistemului (Bateson, 1956). Feed-back-ul pozitiv sau retroacțiunea pozitivă este informația care deviază sistemul de la starea inițială, iar feed-back-ul negativ sau retroacțiunea negativă readuce sistemul la starea sa inițială și diminuează devianța.

Mai concret, nu este ușor să stai alături de o persoană tristă, apatică, pe care nu o mai interesează nimic, care nu reușește să participe la viața de familie sau să socializeze. Privind interacțiunile dintre un depresiv și partenerul său de viață, constatăm că încercările partenerului de a-l scoate din starea respectivă, cu dorința de a-l ajuta, sunt cu atât mai determinate cu cât simptomatologia este mai rezistentă. Fiecare încercare nereușită este ca un feedback negativ, care determină o

nouă încercare a partenerului sănătos de a-l ajuta pe cel bolnav. Aceste interacțiu se repetă, însă fiecare încercare readuce sistemul la starea lui inițială, reconfirmân ipoteza circularității, descrisă în cadrul modelului sistemic de abordare a depresie Coyne (1976) a definit această situație ca fiind un „punct mort de interacțiune Loriedo (2004) consideră că acest ciclu de interacțiune este determinat de însu comportamentul depresiv, care are efect de „care eliciting behavior", la ca partenerul răspunde cu un „care giving behavior". De obicei, acest răspuns n reușește să rezolve comportamentul depresiv, iar eșecul partenerului sănătos are efect, pentru moment, distanțarea acestuia față de cel bolnav. Situația respecti crește atât depresia, cât și „care eliciting behavior", care induce noi tentative încercare de a rezolva problema, printr-un și mai intens „care giving behavio (acesta din urmă, la rândul său, reactivează răspunsul depresiv). Toate interacțiuni ciclice se repetă de mai multe ori în timpul unui episod depresiv.

Loriedo și Vela (2004, 1987) au observat, la o cincime din cuplurile cu membru depresiv pe care le-au studiat, un model specific de relaționare. M concret, partenerul sănătos nu reușește să performeze la fel de intens ca domeniul combaterii depresiei partenerului bolnav și în alte situații de viață. Pent aceste nereușite, el își asumă o atitudine docilă, care îl pune pe soțul deprimat imposibilitatea de a-i critica comportamentul. Soțul deprimat nu reușește contracareze această capacitate dezarmantă de autoacuzare a soțului sănătos dec culpabilizându-se și mai tare.

HOMEOSTAZIA FAMILIILOR DEPRESIVE

Corpul nostru își menține echilibrul între diferitele sale componente pr mecanisme specifice și automate de autoreglare. În viziunea ciberneti retroacțiunea negativă (feed-back-ul negativ) menține homeostazia sistemul reducând orice deviație care rezultă din introducerea unei informații noi. Famil este și ea „un organism viu", care are mecanisme proprii pentru a-și menți homeostazia (Akerman, 1970), iar familiile depresive se remarcă prin modalit specifice de a-și păstra echilibrul intern.

Senay (1978) consideră că depresia apare în sistemele familiale care nu disp de mecanisme interne capabile să mențină homeostazia, în condițiile modifică echilibrului intern, ca urmare a unor stimuli perturbatori din exterior. Pe de altă par există și autori care susțin că, în cazul depresiei, mecanismele homeostatice su eficiente, active și anulează stimulii din exterior (Feldman, 1976).

Terapeuții de familie adepți ai abordării strategice consideră că pacien depresiv își asumă toate preocupările și suferințele sistemului său familial. familiile cu copii, în care există un părinte depresiv, homeostazia poate fi realiz cu ajutorul simptomatologiei pe care o dezvoltă copilul; aceasta este susceptibilă a împiedica destructurarea sistemului familial. Hoffman (1981) descrie ast modalitatea de menținere a homeostaziei: când unul dintre părinți este depres copilul devine agresiv. În felul acesta, părintele bolnav depășește starea de depre

şi reacţionează. După dispariţia simptomatologiei copilului, părintele redevine simptomatic şi ciclul reîncepe.

COMUNICAREA DEVIANTĂ

Singer şi Wynne (1966) au formulat conceptul de comunicare deviantă (CD) şi au identificat 32 de categorii de tipuri de astfel de comunicare, care sunt semnificative în familiile cu copii diagnosticaţi ca având diferite forme şi grade de psihopatologie severă. De exemplu, din categoria comunicării deviante fac parte aprecierile depreciative, peiorative, observaţiile şi criticile.

În general, toate studiile care au avut ca punct de plecare disfuncţionalitatea familiei, psihopatologia sau starea de sănătate a membrilor familiei au contribuit la sublinerea importanţei patternurilor de comunicare intrafamilială în viaţa individului.

În cuplurile cu un partener depresiv au fost identificate două modalităţi de comunicare specifice: descalificarea şi mesajul paradoxal (Loriedo, 2004).

Descalificarea. Prin descalificare se transmite mesajul că actele de comunicare ale emitentului, cele ale destinatarului sau contextul comunicării au o importanţă mică sau nu au nici o valoare. Descalificarea poate lipsi de valoare persoana care comunică, comunicarea altei persoane sau întreaga situaţie; ea poate acoperi toate mesajele transmise sau numai o parte dintre acestea. În funcţie de acest aspect variază şi răspunsul emoţional. Spre deosebire de descalificarea incongruentă, întâlnită în schizofrenie, când mesaje diferite sunt trimise simultan, dar prin canale de comunicare diferite, în depresie descalificarea este secvenţială. Sunt transmise două mesaje contrastante, în aceeaşi secvenţă de comunicare. Partenerul pacientului depresiv îşi exprimă, totodată, şi aprobarea şi dezaprobarea faţă de celălalt membru al cuplului. El nu exprimă totuşi ambiguitate în mai multe nivele de comunicare, aşa cum se întâmplă în comunicarea schizofrenică. De exemplu, soţul îi poate spune soţiei depresive „Dacă nu te-aş fi iubit, nu aş fi rămas cu o neputincioasă ca tine". Este dificil să se înţeleagă din aceste mesaje ceea ce este adevărat sau ceea ce este comunicat în mod formal, declarativ.

Mesajul paradoxal. De multe ori, persoana deprimată primeşte de la partenerul său mesaje paradoxale şi transmite ea însăşi mesaje paradoxale, care menţin comportamentul celuilalt. Răspunsul este, de asemenea, paradoxal. El îi permite soţului depresiv „să-şi asume iniţiativa de a nu lua iniţiative" (de pildă „Spune-mi tu ce trebuie să fac"). Studiile arată că, în comparaţie cu subiecţii sănătoşi, nondepresivi, pacienţii cu depresie au o percepţie negativă a mediului lor. Ei percep un procent mai mic de mesaje pozitive şi un procent mai mare de mesaje negative (Kowalik, Debra, 1987).

Loriedo (2004) constată că în familiile cu un membru depresiv interacţiunile sunt reduse la reproşuri şi lamentări. Percepţia comportamentelor se face cu scopul de a pedepsi respectivele comportamente. Această situaţie disfuncţională de comunicare creşte sentimentul de eşec şi amplifică depresia „pacientului desemnat".

Janowsky *et al.* (1970), în urma observaţiilor făcute în timpul şedinţelor de psihoterapie, au constatat că sentimentele faţă de partenerul deprimat sunt foarte

complexe. Pe de o parte, există un amestec de furie pentru dependenţa pe care o provoacă acesta; pe de altă parte, este nutrită simpatie faţă de suferinţa acestuia. Ocazional, partenerul sănătos nutreşte sentimente de vinovăţie, pentru că ar fi contribuit personal la depresia celui bolnav. Totodată, partenerul sănătos, în afară de furie şi vinovăţie, este încercat de sentimente de superioritate, de omnipotenţă, are o stimă de sine crescută, deoarece se percepe ca fiind important şi necesar pentru satisfacerea nevoilor partenerului său.

ANALIZA FAMILIEI DE ORIGINE A PACIENTULUI DEPRESIV

Pentru a răspunde la întrebările: „Ce tipuri de relaţie au existat în familia de origine a pacientului depresiv şi în ce fel acestea l-au influenţat şi l-au însoţit de-a lungul timpului?", „Care sunt miturile din familiile respective şi valorile transmise din generaţie în generaţie?", este necesar să urmărim interacţiunile din familiile de origine.

În evoluţia sistemelor relaţionale, poate fi identificată o secvenţă de patru procese majore sau de modele relaţionale: ataşament/îngrijire, comunicare, rezolvarea problemelor în comun şi reciprocitate (Wynne, 1984). Aceste procese urmează unul după altul şi se suprapun. Dezvoltarea relaţiilor din familie poate fi considerată ca prototip pentru „epigeneza" sistemelor de relaţionare" (idem). În familie, toate aceste patternuri sunt influenţate de ciclul de viaţă al membrilor săi şi de componenţa acesteia. Denaturările acestor modele relaţionale sau ale secvenţialităţii lor pot determina tulburări ale individului şi ale dezvoltării sale. Patternul ataşament îngrijire se referă la legătura complementară, afectivă, dintre membrii familiei. Comunicarea intrafamilială vizează, la rândul ei, schimbul de semnificaţii şi mesaje, atenţia acordată celorlalţi membri ai familiei. Cel de-al treilea pattern se referă la rezolvarea în comun a problemelor, implicând împărţirea sarcinilor, a intereselor şi a activităţilor în familie. Reciprocitatea implică noi modele de reangajare, de reînnoire şi de aprofundare a modelelor precedente de relaţionare ţinând cont de condiţia interioară şi nivelul de dezvoltare ale membrilor familiei şi de contextul extern.

Bifulco *et al.* (1987) vorbesc despre patternurile de interacţiuni negative părinte/copil care se stabilesc timpuriu şi pot determina apariţia şi acumularea de tensiune, agresivitate în comportamentul fiului depresiv. Repetarea acestor patternuri în familie creşte riscul apariţiei depresiei în adolescenţă.

Cercetătorii susţin că grupul familial are îndatorirea crucială de a lega copilul la societate şi de a contribui la dezvoltarea personalităţii sale determinând, în mare parte, „destinul său psihic" (Ackerman, 1999). Din această perspectivă, familia are cea mai îndelungată influenţă asupra individului, fiind primul mediu organizat în care acesta este angajat de la naştere. „Micuţul om" are nevoie de cineva care să poarte de grijă pentru a putea creşte, să-l susţină cu braţe puternice să meargă, să-l ridice atunci când cade, să-l încurajeze, să-l protejeze, să-l înveţe la ce şi cum să folosesc lucrurile din jurul lui, să-i spună cu voce caldă o poveste seara la culcare

(în care binele învinge totdeauna) şi mai ales să-l protejeze de frici. Teama, frica sunt constante în viaţa copilului. Mintea fragilă a copilului nu poate suporta emoţiile negative, deoarece acesta nu înţelege ce se întâmplă în jurul său. Disconfortul, durerea pot căpăta proporţii gigantice şi pot genera frica. Mecanismul de apărare cel mai la îndemână este fuga. Psihanaliştii (Massone, 2013) consideră că percepţia a ceva neplăcut corespunde unei operaţii mintale; mintea decodifică în mod corect date din realitate. Dacă nu există posibilitatea de a tolera o eventuală frustrare provocată de percepţia respectivă, percepţia însăşi este anulată şi nu poate fi utilizată în raportul personal cu realitatea. Astfel, individul – şi în special copilul – este privat de instrumentele esenţiale pentru a se adapta la realitate. Apare riscul de a se refugia într-o realitate a sa, artificială, uneori fantastică, magică, unde i se pare posibil să supravieţuiască. Mintea sa este cuprinsă de senzaţia de pericol, deoarece trebuie să selecţioneze toate datele pentru a alege pe cele care nu provoacă suferinţă, durere. Există posibilitatea ca în aceste condiţii, fiinţa umană să fie în mod constant însoţită de gândul că acel rău de care a fugit poate să apară pe neaşteptate, distrugând şi anihilând totul. În mod paradoxal, suferinţa pe care voia să o evite devine mai mare, proliferează şi pare să-i cuprindă fiecare gest şi fiecare acţiune. Pentru a evita astfel de consecinţe dezastruoase, este necesar să se creeze un spaţiu mental extins, în care emoţiile evocate de către o anumită experienţă nu mai sunt eliminate (ele pot rămâne conectate la contextul în care s-au născut).

Treptat copilul poate învăţa să realizeze operaţiunile de relativizare şi relaxare, de dramatizare a durerii pe care, pentru o anumită perioadă de timp, alte persoane le-au rezolvat în locul său şi îşi va însuşi instrumentele necesare pentru a stăpâni teama, anxietatea şi angoasa, redefinind conceptul că în faţa suferinţei nu este nimic de făcut şi, drept urmare, ar trebui să te laşi zdrobit (Massone, 2013). Acestea sunt numai câteva dintre abilităţile şi atitudinile pe care un părinte le poate transmite copilului, pentru a-l ajuta să suporte ceea ce pare greu de suportat, pentru a putea să crească.

Aceste experienţe, trăite într-un climat familial pozitiv, îl ajută pe copil să nu cadă în disperare în faţa evenimentelor dureroase, inevitabil prezente în viaţa sa, şi să dezvolte un sens al proporţiilor care să-i dea posibilitatea să privească lucrurile în perspectivă.

Ce se întâmplă însă atunci când persoanele din familie care îl îngrijesc pe copil au ele însele dificultăţi în a face faţă durerii în plan mental? În acest caz, patternurile de ataşament/îngrijire sunt alterate şi se poate reactiva teama faţă de un pericol copleşitor şi distructiv, din cauza disconfortului simţit de către copii. În absenţa unei atmosfere familiale care să-i protejeze, copiii sunt lăsaţi singuri să-şi gestioneze propriile probleme. Studiile au arătat că mamele deprimate întâmpină dificultăţi în rolul lor parental (Burbach şi Borduin, 1986; Coletta, 1983; Davenport, Zahn-Waxler, Adland şi Maylield, 1984; Hammen, Burge şi Stansbury, 1990; Webster-Stratton şi Hammond, 1988; în Sequin, 2003), iar mamele care au avut dificultăţi cu propriile lor mame sunt depresive (Downey şi Coyne, 1990).

În ceea ce priveşte transmiterea verticală a patternurilor de interacţiune şi a valorilor, de la o generaţie la alta, autorii susţin ipoteza că femeile care au avut

probleme în copilărie, cu propriii părinţi, pot dezvolta depresie, pot prezenta dificultăţi în creşterea propriilor copii şi pot induce psihopatologie acestora (Hammen, 2000, 1991). În familiile cu părinţi depresivi, copiii acestora prezintă riscul de a face depresie clinică şi, de asemenea, au un risc crescut de a prezenta tulburări de adaptare (Downey, Coyne, 1990). Posibilitatea de a dezvolta tulburări de comportament a copiilor care provin din părinţi depresivi este de două până la cinci ori mai mare, comparativ cu copiii ai căror părinţi nu sunt depresivi (Weissman *et al.*, 1997, 1978). Agresivitatea, neglijarea, pierderile suferite în copilărie pot avea un impact semnificativ asupra dezvoltării ulterioare a depresiei copiilor. Toate aceste dificultăţi constituie factori specifici de risc ai depresiei, în familiile cu părinţi depresivi (Hammen, 2000, 1991).

De-a lungul vieţii sale, individul nu are o singură familie, ci mai multe – cea a copilăriei sale, cea a căsătoriei şi familia de apus. Fiecare dintre aceste instanţe îi conferă o condiţie nouă, cum ar fi cea de soţ/soţie, de maternitate sau de paternitate, de bunic. Identitatea noii familii încorporează ceva din imaginea de sine a fiecăruia dintre soţi, din imaginea familiilor de origine şi dezvoltă ceva nou, unic, propriu celor doi soţi (Akerman, 1999, 1970).

Este important de înţeles, pentru direcţionarea terapiei, modalitatea în care dinamica relaţiilor din familia de origine i-a influenţat pe fiecare dintre cei doi membri ai cuplului în alegerile pe care aceştia le-au făcut. Interacţiunile, experienţele trăite în familia de origine îi fac pe parteneri mai competenţi în anumite arii de acţiune, îi afectează sub aspect emoţional şi/sau cognitiv. În familiile de origine ale persoanelor depresive pot exista probleme de sănătate; fiii şi fiicele care-şi îngrijesc părinţii bolnavi dobândesc competenţe specifice. Loriedo (2004) vorbeşte despre „competenţa cvasi-terapeutică a depresivului" şi a soţului acestuia.

Un alt aspect de subliniat este acela de „competiţie transgenerațională" (idem), care se poate crea între partenerul sănătos şi părintele său, în implicarea acordării de ajutor unei persoane bolnave, competiţie de altfel fără învingători, din cauza lipsei de rezultate. Pentru a demonstra că este mai competent decât tatăl, fiul îşi poate alege, de pildă, un partener depresiv.

În familiile cu un membru depresiv, în care există copii, „atitudinea terapeutică" a soţului depresiv este accentuată. Conform modelului strategic anterior prezentat, boala unui copil are efect de ameliorare a simptomatologiei părintelui depresiv. În acelaşi timp, boala părintelui este percepută ca fiind „o pedeapsă". Aceasta este şi motivaţia pe care şi-o asumă familia de origine pentru a se implica în familia „pacientului desemnat", cu scopul de a o ajuta. În măsura în care nu este subminată autoritatea părinţilor sau a nepoţilor, această implicare este adaptativă şi necesară.

Terapeutul de familie trebuie să-i ajute pe membrii familiei să găsească un echilibru în comportamentul lor, în ceea ce priveşte acceptarea lipsei de energie, a interesului, lipsa de activitate a depresivului şi, pe de altă parte, dorinţa de a-l împinge dincolo de posibilităţile lui. În timpul procesului terapeutic, din interacţiunea cu terapeutul şi cu ceilalţi membri ai familiei, familia învaţă să recunoască limitele realiste ale depresivului, boala în sine, cu simptomele ei, precum şi evoluţia

acesteia în timp (Ryan *et al.*, 2008). Schimbul de informații despre boală, tratamentul acesteia, recunoașterea primelor semne și simptome de recidivă, precum și a impactului simptomelor reziduale poate fi foarte util pentru familiile pacienților deprimați. Astfel, membrii familiei pot deveni parteneri/colaboratori ai specialiștilor în sănătate mintală.

CONCLUZII

Observarea depresiei unui membru al familiei și a relațiilor acestuia cu ceilalți membri permite descoperirea unor potențiali factori etiologici ai depresiei, în dinamica relațiilor de familie. Studierea efectului depresiei unui membru al familiei poate aduce informații utile clinicianului, cu privire la situațiile/perioadele critice când apar problemele, la factorii care favorizează apariția problemelor, precum și la persistența depresiei unui membru al familiei.

Cunoașterea dinamicii interacțiunilor din familia pacientului depresiv oferă specialistului atât o viziune mai amplă asupra patologiei depresive, cât și posibilitatea intervenției prin terapie de familie, asociată cu tratamentul medicamentos.

Abordarea psihoterapeutică este una necritică, de susținere. Terapeutul va asculta toate punctele de vedere exprimate de membrii familiei, va explora funcțiile exercitate de membrii familiei, modul în care aceștia comunică și își rezolvă problemele, algoritmul de distribuire a rolurilor și responsabilităților. Totodată, terapeutul va observa implicarea emoțională a membrilor familiei, stabilirea regulilor familiale și formularea așteptărilor de către familia în cauză.

BIBLIOGRAFIE

1. AKERMAN, N., *Psicodinamica della vita familiare*, Torino, Bollati Boringheri, 1999, p. 44.
2. AKERMAN, N. W., *Patologia e terapia della vita familiare*, Milano, Feltrineli, 1970.
3. BIFULCO, A. T., BROWN, G. W., HARRIS, T. O., *Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: A replication*, Journal of Affective Disorders, *12*, 1987, p. 115-128.
4. BATESON, G., JACKSON, D. D., HALEY, J., WEAKLAND, J. H., *Toward a theory of schizophrenia*, Behav. Sci., **I**, 1956, p. 251-64.
5. BOWLBY, J., *Attachment and Loss* (II), New York, Basic, Separation, 1980.
6. COLETTA, N. D., *At risk for depression: A study of young mothers*, Journal of Genetic Psychology, *142*, 1983, p. 301–310.
7. COYNE, J. C., *Towards an interactional description of depression*, Psychiatry, *39*, 1976, p. 28-40.
8. COYNE, J. C., *Strategic therapy with depressed married persons: initial agenda, themes and interventions*, Journal of Marital and Family Therapy, *10*, 1984, p. 53-62.
9. DOWNEY, G., COYNE, J. C., *Children and depressed parents. An integrative review*, Psychological Bulletin, *108*, 1990, p. 50-76.
10. FELDMAN, L. B., *Depression and marital interaction*, Family Process, **15**, *4*, 1976, p. 389-395.
11. HAMMEN, C., HENRY, R., DALEY, S. E., *Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, **68**, *5*, 2000, p. 782-787.
12. HAMMEN, C., *Depression Runs in the Family*, New York, Springer-Verlag, 1991.
13. HAMMEN, C., BURGE, D., STANSBURY, K., *Relationship of mother and child variables to child outcomes in a high-risk sample: a causal modeling analysis*, developmental psychology, *26*, 1990, p. 24-30.
14. HENDERSON, S., *Care eliciting behavior in man*, J. Nerv. ment. Dis., *159*, 1974, p. 172-181.
15. HOFFMAN, L., *Foundation of family therapy: a conceptual framework from systems change*, New York, Basic books, 1981.
16. KOWALIK, DEBRA L., GOTLIB IAN, H. *et al.*, *Depression and marital interaction: Concordance between intent and perception of communication*, Journal of Abnormal Psychology, **96**, *2*, 1987, p. 127-134.
17. JANOWSKY, D.S., LEFF, M., EPSTEIN, R. S., *Playing the mania game*, Arch. Gen. Psych., *22*, 1970, p. 252-261.
18. LORIEDO, C., *Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica*, Arezzo, *1*, p. 155.
19. LORIEDO, C., VELLA, G., *La depresione nel sistema familiare*, Atraverso lo specchio, *18-19*, 2004, p. 5-13.
20. MADANES, C., *Terapia strategică de familie*, în GURMAN, A.S. & KNISKERN, P. M. (coord.), *Manual de terapie de familie*, New York, Brunner/Mazel Publishers, **2**, 1991, p. 296-416.
21. MASSONE, N., *Il ruolo della famiglia nella societa moderna in Che cos'è... Il punto di vista della psicoanalisi*, Genova, CSTCS, 2013.
22. RYAN, R. M., DECI, E. L., *A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change*, Canadian Psychology/Psychologie canadienne, **49**, 2008, p. 186-193.
23. SÉGUIN, M., MANION, I. *et al.*, *Adolescent depression, family psychopathology and parent/child relations: a case control study*, Can. Child. Adolesc. Psychiatr. Rev., 2003.
24. SENAY, E., *General systems theory and depression*, în SCOTT, J., SENAY, E. (Eds.), *Separation and Depression: Clinical and Research Aspects*, American Association for the Advancement of Science, Washington, 1973.
25. SINGER, M. T. and WYNNE, L. C., *Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT Scoring manuals*, psychiatry, *29*, 1966, p. 260-288.
26. VAUGHN, C. E. and LEFF, J. P., *The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients*, Brit. J. Psychiat., *129*, 1976, p. 125-137.
27. WYNNE, C. L., *The epigenesis of relational systems: A model for understanding family development*, Family Process, **23**, *3*, 1984, p. 297-318.
28. WYNNE, L. C., JONES, J. E. and ALKHAYYAL, M., *Healthy family communication patterns: Observations in families 'at risk' for psychopathology*, în WALSH, F. (Ed.), *Normal Family Processes*, New York, Guilford Press, 1982.
29. WEISSMAN, M.M., WARNER, V. *et al.*, *Offspring of depressed parents. 10 years later*, Archives of General Psychiatry, *54*, 1997, p. 930-940.
30. WEISSMAN, M. M., GAMMON, G. D, JOHN, G. *et al.*, *Children of depressed parents. Increased psychophatology and early onset of major depression*, Archives of General Psychiatry, *44*, 1987, p. 847-853.

Volumul I, *Noi direcții de cercetare*, al cărții *Tulburarea depresivă* reprezintă un instrument necesar psihiatrilor și psihologilor clinicieni din România, cu aplicabilitate în domeniul diagnosticării și tratării depresiei, considerată „tulburarea mintală a secolului al XXI-lea". Lucrarea este coordonată de către doctorul în psihologie Camelia Popa, psiholog clinician principal, cercetător științific în cadrul Institutului de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu-Motru" al Academiei Române, Departamentul de Psihologie, și doctorul în științe medicale Adela Magdalena Ciobanu, medic primar psihiatru la Spitalul „Prof. Dr. Al. Obregia", șef de lucrări la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila" din București. Autorii capitolelor sunt psihiatri, psihologi clinicieni și cercetători în psihologie, cu o vastă experiență în diagnosticarea și tratarea acestei maladii.

ISBN 978-973-27-2378-4
9 789732 724002
www.ear.ro